

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

SAMANTHA HELENA MORAES

SOBREVIDA DAS MULHERES IDOSAS COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE
MAMA EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO ESPÍRITO SANTO

Vitória
2017

SAMANTHA HELENA MORAES

SOBREVIDA DAS MULHERES IDOSAS COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE
MAMA EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO ESPÍRITO SANTO

Defesa de dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro Ciências de Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração em Epidemiologia.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Eliana Zandonade

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Helena Costa Amorim.

Vitória

2017

SAMANTHA HELENA MORAES

SOBREVIDA DAS MULHERES IDOSAS COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE
MAMA EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO ESPÍRITO SANTO

Projeto de dissertação apresentado ao Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva do Centro Ciências de Saúde da Universidade Federal do
Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em
Saúde Coletiva, área de concentração em Epidemiologia.

Avaliada em 24 de Maio de 2017.

Profª Drª. Eliana Zandonade - Orientadora
Universidade Federal do Espírito Santo

Profª Drª. Maria Helena Costa Amorim - Coorientadora
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Drª. Denise Silveira de Castro
1º Examinador Externo
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof. Dr. Maria Helena de Barros Miotto
1º Examinador Interno
Universidade Federal do Espírito Santo

*Dedico esta Dissertação a minha família que sempre me
apoiam com amor e carinho incondicionais:
meu pai Francisco, minha mãe Sandra, meu irmão
Samuel e o meu marido Leonardo.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que está sempre a minha frente, me guiando e iluminando meus caminhos. A ele toda honra e toda glória.

Aos meus pais, Sandra e Francisco, por todo amor, sempre me encorajando, acreditando em mim e se privando de muitas coisas para a realização desse sonho. Em especial a minha mãe, por ser meu exemplo, minha protetora. Sempre, me apoiando e orientando durante toda a minha vida e em minhas decisões.

Ao meu Irmão Samuel, fiel ouvinte e excelente confidente, pelo carinho e apoio. Aos meus familiares, que sempre estiveram presentes. Ao meu marido Leonardo, por seu amor e companheirismo, incentivo, dedicação, carinho e paciência. Por sempre me confortar, ouvir, me entender.

Aos meus amigos queridos e irmãos da I.C.M. pela amizade, orações e pela torcida contínua. Aos amigos e companheiros de turma, sempre ao meu lado e ombro abrigo nos momentos em que eu mais precisei, por todo aprendizado que compartilharam comigo, essa caminhada não teria sido a mesma sem vocês.

As Prof^{as}. Ms^a Dr^a Eliana Zandonade e Maria Helena Amorim, por serem mais do que orientadoras, pela grande contribuição no meu aprendizado, pela sabedoria e paciência.

Aos mestres e profissionais que se me ensinaram com tanto carinho e dedicação.

A Kátia Viana, por ter me recebido tão bem no RHC, me orientou, me ajudou durante todo o mestrado. A Camila Brandão, pelo incentivo, pelos conselhos, orientações externas e toda contribuição para realização desse trabalho.

E a todos os pacientes, em especial as pacientes do PREMMA, que contribuem significativamente na ciência e na prática, através de suas próprias vidas. Sem eles meu aprendizado não seria o mesmo.

Obrigada a todos que participaram e contribuíram para a realização desta conquista, sem vocês este sonho não seria possível!!

Carinhosamente, Samantha Helena Moraes

RESUMO

Introdução: O câncer representa um grave e contínuo problema de saúde pública, sendo uma causa importante de morbidez e mortalidade, especialmente o câncer de mama na mulher idosa. Atualmente, cerca de 30% a 50% dos casos de câncer de mama são encontrados na mulher idosa. **Objetivos:** Comparar a mortalidade e sobrevida dos casos de mulheres idosas com câncer de mama atendidas no Hospital Santa Rita de Cassia, matriculadas e não matriculadas no PREMMA, no período de 10 anos. **Metodologia:** Foram realizados dois estudos: o primeiro trata-se de um estudo de coorte retrospectiva e o segundo refere-se a um estudo de sobrevida com a utilização de dados secundários. A amostra compôs-se por 969 casos de mulheres idosas com diagnóstico de câncer de mama, atendidas no Hospital Santa Rita de Cássia. Para identificação do desfecho óbito foi utilizado dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade. **Resultados:** Houve o predomínio de mulheres da raça/cor não branca, a faixa etária de 60 a 69 anos, baixo grau de escolaridade, casada, com a origem do encaminhamento ao HSRC pelo SUS e, a estadiamento inicial precoce. Com relação aos marcadores tumorais, nota-se que na maior parte das mulheres os receptores hormonais demonstraram positividade e os marcadores P53 e o Erb-B2 manifestaram-se negativamente. O óbito esteve presente em 278 mulheres e estimou-se o tempo médio de sobrevida em 130,8 meses para o período de 10 anos. Após a análise multivariada, fica evidente um maior risco de baixa sobrevida em mulheres com caminamento de origem SUS, estadiamento inicial tardio, presença de metástase e positividade do marcador de estrogênio. **Conclusão:** Neste estudo, nata-se que o desfecho foi determinado pelo aumento da idade, baixa escolaridade, diagnóstico tardio, marcadores tumorais e receber diagnóstico e encaminhamento do SUS. Frente ao quadro, torna-se necessário a melhor abordagem daquelas mais suscetíveis a doença, possibilitando o melhor acesso a serviços de saúde e tratamento.

Descritores: Neoplasias da mama, Mortalidade, Análise de Sobrevida, Reabilitação, Saúde da Mulher.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Cancer represents a serious and continuing public health problem, being an important cause of morbidity and mortality, especially breast cancer in the elderly woman. Currently, about 30% to 50% of breast cancer cases are found in the elderly woman. **Objetives:** To compare the lethality and survival of the cases of elderly women with breast cancer attended at the Hospital Santa Rita de Cassia, enrolled and not enrolled in the PREMMA, in the period of 10 years **Method:** Two studies were carried out: the first is a retrospective cohort study and the second refers to a survival study using secondary data. The sample consisted of 969 cases of elderly women diagnosed with breast cancer at the Hospital Santa Rita de Cássia. To identify the outcome, data from the Mortality Information System was used. **Results:** There was a predominance of women of non-white race / color, the age group from 60 to 69 years old, low level of education, married: married, with the origin of referral to the HSRC by SUS and early staging. With respect to tumor markers, it is noted that in most women the hormonal receptors showed positivity and the markers P53 and Erb-B2 were negative. Death was present in 278 women and the mean survival time in 130.8 months for the 10-year period was estimated. After the multivariate analysis, a higher risk of low survival is evident in women with pathways of SUS origin, late staging, presence of metastasis and estrogen marker positivity. **Conclusão:** In this study, the outcome was determined by the increase in age, low level of schooling, late diagnosis, tumor markers and SUS diagnosis and referral. In face of the picture, it is necessary to better approach those that are more susceptible to disease, allowing better access to health services and treatment.

Key words: Breast Neoplasms, Mortality, Survival Analysis, Rehabilitation, women's Health.

LISTA DE ABREVIATURAS

AFECC - Associação Feminina de Combate ao Câncer

CACON- Centro de Atendimento de Alta Complexidade em Oncologia

CID 10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Re

DCNT'S- Doenças Crônicas Não Transmissíveis

HR – *Hazard Ration*

HSRC - Hospital Santa Rita de Cássia

IARC- International Agency for Research on Cancer

INCA- Instituto Nacional do Câncer

OMS- Organização Mundial de Saúde

UICC- International Union Against Cancer

MS- Ministério da Saúde

NK- Natural Killer

PREMMA- Programa De Reabilitação Para Mulheres Mastectomizadas

RHC- Registro Hospitalar de Câncer

SIS- Sistema de Informação em Saúde

SIM- Sistema de Informação de Mortalidade

SUS- Sistema Único de Saúde

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

WHO – Worlt Healt Organization

LISTA DE FIGURAS

METODOLOGIA

| | |
|---|----|
| Figura 1 – Fluxograma de perdas e seleção da amostra do estudo | 33 |
|---|----|

| | |
|--|----|
| Figura 2 - Modelo teórico do estudo | 38 |
|--|----|

ARTIGO 1.

Mortalidade em mulheres idosas com câncer de mama atendidas em um Centro de Referência do Espírito Santo

| | |
|---|----|
| Figura 1 – Fluxograma de perdas e seleção da amostra do estudo | 46 |
|---|----|

ARTIGO 2.

Estudo de sobrevida em mulheres idosas com câncer de mama atendidas em um Centro de Referência do Espírito Santo

| | |
|--|----|
| Figura 1 - Curva de sobrevida global das pacientes idosas com câncer de mama diagnosticadas e atendidas no Hospital Santa Rita de Cássia no período de 1º de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2010 | 71 |
|--|----|

| | |
|---|----|
| Figura 2 - Curvas de sobrevida das mulheres idosas com câncer de mama, cadastradas no Hospital Santa Rita de Cássia no período de 1º de Janeiro de 2000 a 31 de Dezembro de 2010 segundo as variáveis estatisticamente significantes: (a) Origem do Encaminhamento, (b) Estadiamento inicial, (c) Receptor de Estrogênio e (d) presença de metástase. | 75 |
|---|----|

LISTA DE TABELAS

ARTIGO 1

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica e clínica das mulheres idosas com câncer de mama, cadastradas no Hospital Santa Rita de Cássia no período de 1º de Janeiro de 2000 a 31 de Dezembro de 2010..... 49

Tabela 2: Associação das variáveis sociodemográficas e clínicas em relação ao desfecho, referente as mulheres com câncer de mama atendidos no HSRC de janeiro de 2000 a dezembro de 2010..... 51

Tabela 3: Resultado da análise Odds ratio brutos das variáveis que apresentaram significância estatística das mulheres idosas com câncer de mama atendidas no HSRC, Vitória, ES, no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2010..... 52

Tabela 4: Resultado da análise multivariada das variáveis que apresentaram significância estatística na análise bivariada, referente as mulheres idosas com câncer de mama atendidas no HSRC, Vitória, ES, no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2010..... 54

ARTIGO 2

Tabela 1. Análise de Sobrevida bivariada para o desfecho óbito por de câncer de mama (KaplanMeier e teste log-rank) em mulheres idosas com câncer de mama, cadastradas no Hospital Santa Rita de Cássia no período de 1º de Janeiro de 2000 a 31 de Dezembro de 2010..... 72

Tabela 2: Análise multivariada de Sobrevida (Hazard Ratio ajustado Modelo 1 e 2 pela regressão de Cox) para o desfecho de óbito por câncer de mama em mulheres idosas com câncer de mama, cadastradas no Hospital Santa Rita de Cássia no período de 1º de Janeiro de 2000 a 31 de Dezembro de 2010.....73

Tabela 3. Análise multivariada de Sobrevida (*Hazard Ratio* ajustado Modelo 1 e 2 pela regressão de Cox) para o desfecho de óbito por câncer de mama em mulheres idosas com câncer de mama, cadastradas no Hospital Santa Rita de Cássia no período de 1º de Janeiro de 2000 a 31 de Dezembro de 2010..... 74

LISTA DE ANEXOS

| | |
|---|----|
| ANEXO A: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP..... | 89 |
| ANEXO B: FICHA DE REGISTRO DO TUMOR DO HOSPITAL SANTA RITA DE CÁSSIA | 92 |
| ANEXO C- PARECER DE CONSENTIMENTO DA PESQUISA – HSRC..... | 94 |
| ANEXO D- TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO..... | 95 |

SUMÁRIO

| | |
|---|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 14 |
| 1.1 CARACTERÍSTICAS FISIOLÓGICAS DO CÂNCER DE MAMA | 15 |
| 1.2 FATORES DE RISCO EM CÂNCER DE MAMA | 16 |
| 1.3 DETECÇÃO PRECOCE RASTREAMENTO: O PAPEL DA MAMOGRAFIA | 17 |
| 1.4 TRATAMENTOS PARA CÂNCER DE MAMA | 18 |
| 1.5 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE MAMA | 19 |
| 1.6 O IDOSO E O CÂNCER | 21 |
| 1.7 PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PARA MULHERES MASTECTOMIZADAS (PREMMA) | 23 |
| 2 OBJETIVOS | 28 |
| 2.1 OBJETIVO 1 | 29 |
| 2.2 OBJETIVO 2 | 29 |
| 3 MATERIAL E MÉTODOS | 30 |
| 3.1 TIPO DE ESTUDO | 31 |
| 3.2 LOCAL DO ESTUDO | 31 |
| 3.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO | 32 |
| 3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO | 33 |
| 3.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO | 34 |
| 3.6 COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA | 34 |
| 3.7 FONTE DE DADOS | 35 |
| 3.8 COLETA DE DADOS | 35 |
| 3.9 VARIÁVEIS | 36 |
| 3.10 ANÁLISES ESTATÍSTICAS | 38 |
| 3.11 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS | 38 |
| 4 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS | 40 |
| 4.1 PROPOSTA DE ARTIGO 1 | 31 |
| 4.1.1 Resumo | 42 |
| 4.1.2 Introdução | 43 |
| 4.1.3 Metodologia | 45 |

| | |
|---|----|
| 4.1.4 Resultados | 48 |
| 4.1.5 Discussão | 55 |
| 4.1.6 Conclusão | 58 |
| 4.1.7 Referências | 60 |
| 4.2 PROPOSTA DE ARTIGO 2 | 64 |
| 4.2.1 Resumo | 66 |
| 4.2.2 Introdução | 66 |
| 4.2.3 Metodologia | 67 |
| 4.2.4 Resultados | 68 |
| 4.1.5 Discussão | 71 |
| 4.1.6 Conclusão | 76 |
| 4.2.8 Referências | 78 |
| 5 REFERENCIAS | 81 |
| APÊNDICES | 86 |
| APENDICE A- INSTRUMENTO ELABORADO PARA A PESQUISA | 87 |
| ANEXOS | 88 |
| ANEXO A- PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP | 89 |
| ANEXO B- FICHA DE REGISTRO DO TUMOR DO HOSPITAL SANTA RITA DE CÁSSIA | 92 |
| ANEXO C- PARECER DE CONSENTIMENTO DA PESQUISA – HSRC | 94 |
| ANEXO D- TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO | 95 |

1. INTRODUÇÃO

1.1 CARACTERÍSTICAS FISIOLÓGICAS DO CÂNCER DE MAMA

O Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) define câncer como um crescimento desordenado das células que podem invadir tecidos e órgãos e que ainda pode se espalhar para outras regiões do corpo.

O câncer representa um grave e contínuo problema de saúde pública, sendo uma causa importante de morbidez e mortalidade, pertencente a um grupo heterogêneo de doenças, com comportamentos distintos (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2015). Caracterizado como uma desordem genética durante o crescimento celular, iniciam quando uma célula normal sofre mutação genética. Uma vez originada, as células cancerosas dividem-se rapidamente, de modo agressivo e incontroláveis, determinando a formação de tumores (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011).

Segundo Teixeira (2007, p. 667) “A divisão implica na duplicação de seu genoma; durante o processo de cópia, genes podem ser alterados. As alterações se acumulam em duplicações sucessivas, que permitem o surgimento das células cancerosas quando ocorrem em genes de classes específicas. Quando mutações ocorrem na oncogênese – e, por isso, os tornam ativos –, ou em genes supressores de tumor – e os tornam inativos, iniciasse o caminho pelo qual as células descendentes dessas vão adquirindo características que levam à formação de tumores. [...]. As mutações genéticas que, segundo essa corrente de pensamento, originam o câncer perturbam o que é descrito na literatura como a delicada e precisa maquinaria celular, regida a partir dos genes que estão em seu genoma. ”

O câncer de mama, como as demais neoplasias malignas, resulta de uma proliferação incontrolável de células anormais, que surgem em função de alterações genéticas, sejam elas hereditárias ou adquiridas por exposição a fatores ambientais ou fisiológicos, essas alterações podem provocar apoptose celular, mudança no crescimento e diferenciação celular, levando ao surgimento do tumor (BRASIL, 2016).

O tumor mamário pode ser descoberto em fases iniciais por meio da percepção de sinais e sintomas característicos e mais comuns, como o nódulo, fixo e geralmente, indolor (encontrado em cerca de 90% dos casos quando o câncer é percebido pela própria mulher), mas também, há tumores de consistência branda, globosos e bem definidos (BRASIL, 2014a). Já as modificações de textura na pele, retração ou projeção mamilar ou da aréola mamária e presença de secreção mamilar sanguinolenta, são sintomas que na maioria das vezes quando identificados, o tumor se encontra em estado evolutivo adiantado (SILVA, 2014).

Medeiros et al. (2015), ressalta que maioria dos casos de câncer de mama tem bom prognóstico. Se diagnosticado e tratado oportunamente, a sobrevida em cinco anos chega a 85%. Em geral, o câncer de mama manifesta-se lentamente, podendo levar anos até que uma célula prolifere dando origem a um tumor palpável. Entretanto, alguns casos evoluem de forma mais rápida e com maior possibilidade de disseminação. Tal comportamento ocorre graças a heterogeneidade do tumor, caracterizado pelas diferentes apresentações clínicas e morfológicas, evidências genéticas e consequente variação nas respostas terapêuticas, que determinam sua velocidade de crescimento e potencial para originar metástases. Os principais sítios de metástases para o câncer de mama são ossos, pulmões e pleura, fígado, e com menor frequência cérebro, ovário e pele (BRASIL, 2013).

1.2 FATORES DE RISCO EM CÂNCER DE MAMA

Não há uma única causa para o câncer de mama, sabe-se que diversos fatores colaboram para o surgimento da doença. São denominados fatores de risco relacionados ao câncer. São fatores ambientais - obesidade e sobrepeso principalmente após a menopausa, sedentarismo, consumo de bebida alcoólica, exposição frequente a radiações ionizantes; hormonais - menarca antes de 12 anos, nuliparidade, primeira gravidez após os 30 anos, não ter amamentado, menopausa após os 55 anos, ter feito reposição hormonal pós-menopausa, principalmente por mais de cinco anos; genéticos - história familiar de câncer de mama e ovário, principalmente em parentes de primeiro grau antes dos 50 anos, alteração genética (BRASIL, 2014).

Dentre os múltiplos fatores causais do Tumor Maligno da Mama (TNM) os fatores de risco mais fortemente conhecidos são: Envelhecimento, fatores relacionados à vida reprodutiva da mulher, história familiar de câncer de mama e alta densidade do tecido mamário. Sendo que a idade continua presente como um dos mais importantes entre tais fatores, caracterizado por taxas de incidência crescente e progressiva até os 50 anos. Acima dessa idade, o aumento ocorre de forma mais lenta. Contudo, observa-se que mulheres mais jovens apresentam características clínicas e epidemiológicas

bem distintas das mulheres mais idosas. Geralmente, mais agressivos, além de super expressarem o gene do fator de crescimento epidérmico humano receptor 2 (HER2) (BRASIL,2016).

1.3 DETECÇÃO PRECOCE PELO RASTREAMENTO: O PAPEL DA MAMOGRAFIA

Diante das conhecidas maneiras eficazes de reduzir a incidência da doença, ano a ano, são realizados vários estudos com intuito de aprimorar o entendimento acerca dos fatores que influenciam na morbimortalidade do câncer (formas de prevenção, diagnóstico, tratamento e medidas que promovam qualidade de vida para os pacientes com câncer de mama) (RIBEIRO et al.,2013; HISSE et al. 2014).

A detecção precoce é uma importante forma de prevenção secundária, cujo o objetivo se estabelece em identificar o câncer em estágios iniciais, possibilitando coexistência do melhor prognóstico da doença. Ao passo que as ações de prevenção primária, visam evitar a ocorrência da doença, com estratégias voltadas para a redução da exposição aos fatores de risco. Todavia, os atuais métodos existentes para a detecção precoce do câncer de mama não reduzem a incidência, mas podem reduzir a mortalidade pela doença (BRASIL,2015).

O rastreamento e diagnóstico precoce subsidiam a detecção precoce da doença. A medida identifica indivíduos com sinais e sintomas iniciais da doença, primando pela qualidade e pela garantia da integralidade assistencial em todas as etapas da linha de cuidado. O rastreamento se baseia na realização de testes relativamente simples em pessoas saudáveis, com o intuito de identificar doenças em sua fase assintomática (ASSIS; MAMEDE, 2016)

O principal método de rastreamento para a detecção precoce o câncer de mama, atualmente, é a mamografia. No Brasil, preconiza-se que mulheres entre 50 e 69 anos façam o exame a cada dois anos. Essa recomendação foi atualizada em 2015 no país. Essa medida também segue adotada na maior parte dos demais países que implantaram o rastreamento do câncer de mama e tiveram impacto na redução da mortalidade pela doença entre mulheres com essa condição. Para as mulheres inseridas no grupo de risco elevado (história familiar de câncer de mama em parentes

de primeiro grau), recomenda-se o acompanhamento clínico individualizado (BRASIL,2016).

Um estudo realizado no exterior, demonstrou que o aumento da detecção de câncer de mama com o rastreamento não resulta, necessariamente, em prolongamento real da vida das mulheres. Estima-se que apenas entre 5% e 10% das mulheres com câncer detectado pelo procedimento terão suas vidas prolongadas em função da mesma (WELCH; FRANKEL, 2011). Enquanto outra pesquisa que também abordou o rastreamento populacional para o diagnóstico precoce do câncer de mama - por meio da mamografia – realizado no Estados Unidos, Suíça e Alemanha, revelam um impacto considerável sobre a diminuição do número de casos em estágio avançado e, por conseguinte um aumento de sobrevida dessas mulheres (AYALA, 2012).

Dentre os benefícios encontrados no uso da mamografia como método de rastreamento incluem a possibilidade de encontrar o câncer em estágio inicial e ter um tratamento menos agressivo, assim como de menor chance de morrer da doença, em função do tratamento oportuno (BRASIL,2015).

1.4 TRATAMENTOS PARA CÂNCER DE MAMA

SOUZA (2015) em seu estudo enfatiza que a relação do intervalo de tempo entre o diagnóstico e início do tratamento são importantes para direcionar medidas resolutivas, visando bom prognóstico da doença. O retardo de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento torna a doença mais severa e diminui a chance de reversibilidade. Assim, objetivando promover maiores chances ao início do tratamento oportuno, recentemente, o Ministério da saúde (MS), por meio da Lei N°12.732 em 2012, passou a garantir aos pacientes com diagnóstico de neoplasias malignas, entre elas a câncer de mama, o direito de iniciar primeiro tratamento em um período igual ou inferior a 60 dias após confirmado o diagnóstico.

Após a divulgação da lei, um estudo retrospectivo realizado em São Paulo (SP) objetivou analisar o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento em mulheres idosas, diagnosticadas com câncer de mama entre os anos de 2001 a 2006, em um serviço de referência. O estudo mostrou que a média do tempo entre o diagnóstico e

o início do tratamento foi de 74,7 dias, e o tempo mediano de 45 dias. Mostrou que chegar ao serviço de referência sem diagnóstico e tratamento anterior, bem como estar em estágio inicial favoreceram o acesso ao tratamento. (SOUZA et al., 2015).

MEDEIROS et al. (2015), em seu estudo em SP com 37.593 mulheres, mostrou que o tempo mediano entre o diagnóstico e o início do tratamento foi de 43 dias. Em 63,1% dos casos, o início do tratamento ocorreu de acordo com as normas estabelecidas pelo MS, bem os de outros centros internacionais, que destacam que prazos maiores que 60 a 90 dias para início da terapêutica podem trazer prejuízos às mulheres com câncer de mama.

Sabe-se que ainda é difícil tornar realidade a prevenção primária para o câncer de mama em função da multiplicidade de fatores relacionados ao surgimento da doença e ao fato de vários deles não serem modificáveis. Entretanto, falar em prevenção do câncer significa falar na detecção precoce e basear-se no controle dos fatores de risco e no estímulo aos fatores protetores, especificamente aqueles considerados modificáveis (BRASIL, 2013).

Embora o prognóstico para o câncer de mama esteja mudando devido a avanços no diagnóstico e tratamento, a vivência do diagnóstico de câncer de mama expõe a mulher à uma série de eventos estressores (REGIS; SIMÕES, 2006). Diante de um tratamento longo, invasivo e potencialmente turbulento a mulher com neoplasia mamária pode desencadear vários sentimentos negativos que poderão estar fortemente relacionados a alterações na sua qualidade de vida. Entre eles, pode-se destacar o medo do diagnóstico, da possível cirurgia, a incerteza do prognóstico e da ocorrência dos efeitos colaterais do tratamento, a dor e enfrentamento da possibilidade do óbito (GARCIA et al., 2015). Nesse momento o apoio emocional pode ser crucial para o sucesso do tratamento e na resiliência pós a doença.

Considerando a gravidade do câncer mamário, o profissional de saúde exerce papel é fundamental na execução de ações nas diferentes etapas da atenção oncológica à mulher com câncer de mama, de modo integral, que incluem a prevenção ou detecção precoce, diagnóstico, tratamento, orientações, cuidados paliativos e acompanhamento pós-alta (ARRUDA et al., 2015).

1.5 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE MAMA

O câncer é um problema de saúde pública, constituindo uma das principais causas de adoecimento e morte em todo o mundo, especialmente entre os países em desenvolvimento. Segundo estimativas da *International Agency for Research on Cancer (IARC)*, espera-se para as próximas décadas um impacto de 80% dentre os mais de 20 milhões de casos novos estimados para 2025 câncer na população mundial (STEWART; WILD, 2014).

Segundo informações do projeto (GLOBOCAN) /IARC, dos 14 milhões de casos novos estimados, mais de 60% ocorreram em países em desenvolvimento. Enquanto para a mortalidade, observou-se que dos oito milhões de óbitos previstos, 70% ocorreram em países em desenvolvimento (FERLAY, 2012). Os tipos de câncer mais incidentes no mundo foram pulmão, mama, intestino e próstata. Nos homens, os mais frequentes foram pulmão, próstata, intestino, estômago e fígado. Em mulheres, as maiores frequências encontradas foram mama, intestino, pulmão, colo do útero e estômago. O perfil epidemiológico observado no Brasil aproxima-se ao perfil identificado na América Latina e do Caribe (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e a maior causa de mortalidade entre a população feminina, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos, com cerca de 520 mil mortes estimadas por ano. Nos últimos anos a incidência de casos de câncer de mama tem aumentado notoriamente no Brasil, é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres e a maior causa de morte também (BRASIL, 2016).

Diversos fatores têm sido associados ao prognóstico das pacientes com câncer de mama, entre eles, destacam-se o estadiamento o tamanho do tumor e a condição dos gânglios axilares além de características individuais como idade ao diagnóstico e raça/cor. Embora avanços e modificações na abordagem terapêutica estejam associados a uma melhor sobrevida, atrasos no início do tratamento podem comprometê-la (GUERRA,2015).

Segundo estimativas do INCA (2015), no Brasil foram esperados 57.120 casos novos (taxa bruta de incidência de 56,09 por 100 mil mulheres). Em 2013, ocorreram 14.206 óbitos por essa causa (taxa bruta de mortalidade de 14,35 óbitos por 100 mil mulheres), sendo a taxa média bruta de mortalidade, para o período de 2009 a 2013, de 13,38 óbitos por 100 mil mulheres. (BRASIL, 2016).

A incidência do câncer no Brasil, cresce acompanhando o envelhecimento populacional decorrente do aumento da expectativa de vida como em todo o mundo. É o resultado direto das grandes transformações globais das últimas décadas. Relativamente raro antes dos 35 anos, acima desta idade sua incidência cresce progressivamente, especialmente após os 50 anos (BRASIL, 2014).

No Brasil, com exceção dos tumores de pele não-melanoma, o câncer de mama também é o mais incidente em mulheres de todas as regiões, exceto na Região Norte, onde o câncer do colo do útero ocupa a primeira posição (BRASIL, 2013). Segundo o INCA, espera-se em 2016 uma incidência de 68,08 casos para 100 mil habitantes, Região Sul (74,30/100 mil), Centro-Oeste (55,87/100 mil) e Nordeste (38,74/100 mil). No Norte (22,26/100 mil), sendo o segundo tumor mais incidente (BRASIL, 2016).

Para o Brasil, são esperados 57.960 casos novos de câncer de mama, com uma taxa estimada de 56,20 casos a cada 100 mil mulheres, no ano de 2016. Apesar de ser considerado um câncer de prognóstico favorável, se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estágios avançados. No estado do Espírito Santo são esperados 1.100 casos para o ano de 2016, com uma incidência de 53,85 a cada 100 mil mulheres, destes 140 casos são esperados na capital com uma incidência de 77,86 casos a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2016).

1.6 IDOSO E O CÂNCER

O câncer é uma doença intimamente relacionada com a idade, visto que metade das neoplasias ocorrem em pacientes acima dos 70 anos e este grupo apresenta alta mortalidade. Portanto, o tratamento deve levar em consideração a expectativa de vida, reserva funcional, suporte social e as preferências pessoais de cada indivíduo (SILVESTRE, 2015).

O idoso é a parcela da população brasileira que mais cresce percentualmente, nos países desenvolvidos são considerados idosos aqueles com mais de 65 anos e nos países em desenvolvimento como Brasil são as pessoas acima dos 60 anos.

A política nacional do idoso (PNI), Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, e o estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, define Idoso pessoas com 60 anos ou mais. Já a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2002) define o idoso a partir da idade cronológica, portanto, idosa é aquela pessoa com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2005).

O aumento da expectativa de vida traz consigo problemas de ordem social, política, cultural, econômica e ética na visualização do ser humano idoso sob um prisma amplo e de modo heterogêneo (VISENTIN; LABRONICI; LENARDT, 2007). Cada idoso é um ser único que possui características de natureza fisiológica, psicológica, social, cultural e econômica, que interferem a qualidade de vida na velhice. O processo de envelhecimento reflete nas modificações evidenciadas na saúde ao longo dos anos, em especial as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), entre elas o câncer (DIOGO et al., 2000).

Segundo Santos et al. (2010), o envelhecimento vem ocorrendo de modo gradual, acompanhado de avanços na cobertura do sistema de saúde, infraestrutura e condições de vida (nos países desenvolvidos). No Brasil, o processo ocorre rapidamente, acompanhado de desigualdades sociais, quadro econômico instável, precário acesso aos serviços de saúde especializado e escassos recursos financeiros, com lentas adaptações às demandas do novo grupo etário emergente (LUCHESE, 2013).

Segundo o relatório da Organização Mundial da Saúde (OMS), em outubro 2015, a proporção da população do mundo com 60 anos ou mais é prevista para dobrar entre 2000 e 2050, subindo para 22% (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016). O envelhecimento populacional vem trazendo importantes modificações no perfil das

doenças e no padrão de morbimortalidade em que a maioria dos problemas de saúde estão ligados a DCNT, as quais podem ser prevenidas, retardadas por comportamentos saudáveis durante a vida ou, se detectado precocemente, controladas (BRASL, 2015^a).

Visentin e Lenardt (2010) demonstram que o câncer e o envelhecimento relacionam-se de forma direta. Quanto maior o aumento da população idosa, progressivamente, observa-se uma tendência ao crescimento do número de casos de câncer. Essa relação traz um enorme impacto na atenção à saúde do idoso, tornando-se necessário repensar os cuidados e implementar novas estratégias que visem o melhor atendimento a essa parcela da população. Assim, o avanço da idade, nos idosos torna-se fator de alto risco para o câncer. Estimava-se que pessoas acima de 65 anos representam 60% dos indivíduos com tumores malignos diagnosticados e 70% dos óbitos por câncer (LUCESI, 2013).

De acordo com as recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, para rastreamento do câncer de mama é preconizado a mamografia anual dos 40 aos 69 anos, para as mulheres acima de 70 anos é realizada a mamografia anual para as mulheres que tenham expectativa de vida maior que sete anos, com base nas co-morbidades e mulheres que tenham condições de serem submetidas a investigação diagnóstica invasiva e tratamento após um resultado anormal do rastreamento (URBAN et al., 2012).

Sobrevida é o parâmetro mais utilizado para avaliar resultados na área oncológica, na qual as taxas de mortalidade em séries históricas são de alta relevância analítica, sendo possível abordar técnicas estatísticas de análise de sobrevida com observações obtidas em registros de serviços de saúde. Diagnosticado em fases iniciais, câncer de mama tem grandes chances de cura, com uma sobrevida de 97% em cinco anos (PEDERSEN, 2004).

A sobrevida tem aumentando na maioria dos países desenvolvidos, aproximadamente 85% durante o período de 2005 a 2009. Enquanto que em países como a Malásia (68%), Índia (60%), Mongólia (57%) e África do Sul (53%), a sobrevida em cinco anos

tem sido menor que 70%. Já no Brasil, a sobrevida em cinco anos aumentou entre os períodos de 1995 a 1999 e 2005 a 2009 (de 78% para 87%) (BRASIL,2016).

Höfelmann, Anjos e Ayala (2013) objetivaram investigar os fatores associados à sobrevida em dez anos de mulheres com câncer de mama. O tempo de acompanhamento do estudo variou de 13 a 193 meses, totalizando 13.262 pessoas/ano. A sobrevida em dez anos foi de 83,1% (IC 95% = 74,1 - 89,3%), sendo que 21 (12,4%) óbitos foram identificados no período avaliado. As mulheres com até 49 anos de idade apresentaram a menor taxa de sobrevida (77%); seguidas das mulheres com idades entre 50 a 59 anos (87%), e com 60 ou mais anos de idade (92%). A probabilidade de estar viva após dez anos foi menor para aquelas diagnosticadas em estádios III e IV.

1.7 PROGRAMA DE REABILITAÇÃO PARA MULHERES MASTECTOMIZADAS

O termo “Reabilitação”, historicamente, descreve uma série de respostas desde as intervenções para melhorar a função corporal até medidas mais abrangentes destinadas a promover a inclusão. Para alguns pacientes a reabilitação pode ser essencial para torná-los capazes de participar da vida educacional, do mercado de trabalho e da vida civil (SEIDEL; ZANNON,2004). Assim, o artigo 26, Habilitação e Reabilitação, da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) recomenda:

“...medidas apropriadas, inclusive por meio do apoio de pares, para permitir que pessoas com deficiência alcancem e mantenham o máximo de independência, sua mais completa capacidade física, mental, social e vocacional, além de total inclusão e participação em todos os aspectos da vida.”

Enquanto o Relatório Mundial Sobre a Deficiência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2011), define reabilitação como “um conjunto de medidas que ajudam pessoas com deficiências ou prestes a adquirir deficiências a terem e manterem uma funcionalidade ideal na interação com seu ambiente”. Fazendo distinção entre habilitação – que visa ajudar os que possuem deficiências congênitas

ou adquiridas na primeira infância a desenvolver sua máxima funcionalidade – e a reabilitação, em que aqueles que tiveram perdas funcionais são auxiliados a readquiri-las.

Uma vez recebido um diagnóstico de câncer de mama, a paciente e sua família, passam a vivenciar momentos de intensa angústia, sofrimento e ansiedade (FARINHAS, 2013). Comumente enfrentam um tratamento longo, desenvolvem sentimentos de perdas e prejuízos das habilidades funcionais, condições psíquico-motoras.

Após o período do diagnóstico, algumas abordagens terapêuticas são realizadas, dentre elas a mastectômica, quimioterapia, radioterapia e o esvaziamento axilar. Tais medidas podem causar complicações no braço homolateral a mama acometida, incluindo dor e linfedema (BAILUR; PAWELEC; HATSE *et al.*, 2017). Mesmo que o procedimento cirúrgico já resulte em deficiências físicas, a combinação desses tratamentos, aumentam a incidência de complicações, como a neuropatia e redução dos movimentos do ombro, gerando impacto considerável sobre a função física e na qualidade de vida das mulheres (LUTHCOVSKY; URBANETZ, 2012).

Dessa forma, a atuação de uma equipe multiprofissional, no atendimento das mulheres acometidas por tal patologia, torna-se fundamental ao longo do tratamento, tendo em vista o bem-estar emocional, físico e social da paciente.

Com o intuito de mediar a reabilitação e prover mecanismos de enfrentamento para as mulheres portadoras de Câncer de mama, na região de Vitória –ES foi firmada, em Setembro de 1997, uma parceria entre o Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e a AFECC – HSRC, para a implantação de um Programa de Reabilitação para Mulheres Mastectomizadas (PREMMA). Um programa de reabilitação baseada em intervenção psicológica, exercícios físicos e suporte de assistência em grupo e individualizado.

O programa atua no ambulatório do HSCR, três vezes por semana, no período de 07:30 às 11:30. Combinado com a supervisão de equipe interdisciplinar, realiza ações nas áreas de ensino, pesquisa e extensão, concomitantemente estabelece como proposta sistematizar o cuidado à mulher mastectomizada de modo interdisciplinar, fundamentado nas habilidades específicas de cada área do conhecimento em saúde.

Pratica-se o cuidado integral à mulher e sua família, promovendo um resgate da autoestima feminina por meio de diversas atividades desenvolvida por uma equipe multiprofissional.

Além de promover o alívio de sintomas físicos, suporte psicossocial e melhora quanto ao comprometimento físico, o PREMMA, buscar reintegrar a mulher no mercado de trabalho, promove eventos socioculturais em diferentes municípios do Estado do Espírito Santo, configurando uma atmosfera de integração. Tudo é feito para melhorar a qualidade de vida da paciente com câncer de mama, que pode interferir diretamente com prognóstico da doença.

As mulheres participantes do Programa chegam ao PREMMA encaminhadas por profissionais de saúde do HSRC, vindas tanto do estado do Espírito Santo como de outros estados brasileiros. Essas mulheres são matriculadas após o diagnóstico clínico com o objetivo de inserí-las no processo de cuidado integral. Nesse âmbito as mulheres participantes do PREMMA recebem atendimento psicológico, social, nutricional e físico.

Quanto ao atendimento Psicológico, são realizadas intervenções psicológicas às mulheres com diagnóstico de câncer de mama por meio de grupos de orientação e de conversa semanalmente, mediado por um profissional psicólogo, enfermeiros e um acadêmicos das respectivas áreas. Estas intervenções são eficazes na redução do estresse emocional para pacientes com câncer, bem como possibilitam fortalecer e criar mecanismos de enfrentamento a doença (BAILUR; PAWELEC; HATSE *et al.*, 2017)..

Segundo Andersen et. al. Melhoras psicológicas podem ser acrescidas de melhoras na imunidade funcional, por meio de sessões semanais de psicoterapia com pequenos grupos de pacientes durante os primeiros quatro meses e mensais nos últimos oito meses de tratamento. Um método seguro, que acarreta melhora no estado psicológico e de QV, diminuição da ansiedade, melhora da qualidade do sono, diminuição da fadiga, diminuição de dores e melhora do bem estar. Enquanto, a nutrição adequada auxilia na recuperação da força muscular e corrige problemas nutricionais que interferem no bom funcionamento do organismo (ANDERSEN; FARRAR; GOLDEN et al. 2007).

Assim, as mulheres participantes do PREMMA, recebem orientação alimentar com intuito de aumentar o consumo de frutas, vegetais e fibras e reduzir a ingestão de gorduras saturadas. A ingestão alimentar adequada é crucial na fase de recuperação. Em relação ao exercício, a implantação de um programa de educação para a prática de exercícios físicos em pacientes submetidos à mastectomia e esvaziamento axilar deve ser preconizada e estimulada por toda equipe que trata desses pacientes (BRITO,2011).

2. OBJETIVOS

Diante do aumento da incidência de câncer de mama no Brasil na população idosa, torna-se necessário o aprofundamento em pesquisas nessa área. Os objetivos deste estudo são:

- 2.1 Comparar a mortalidade dos casos de mulheres idosas com câncer de mama atendidas no HSRC, matriculadas e não matriculadas no PREMMA, no período de 2000 a 2010.
- 2.2 Comparar a sobrevida das mulheres idosas com câncer de mama atendidas no HSRC, matriculadas e não matriculadas no PREMMA, no período de 2000 a 2010.

3. METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Objetivo I: Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e analítico, de dados secundários.

Objetivo II: Trata-se de um estudo quantitativo de análise de sobrevida baseado em dados secundários.

3.2 Local do Estudo

A pesquisa foi realizada no centro de referência para tratamento de tumores malignos do Espírito Santo (ES), Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC)/Ambulatório YlzaBianco/AFECC, localizado no município de Vitória.

No Brasil, a Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer garante o atendimento integral a qualquer doente com câncer, por meio das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) e dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon). Este é o nível da atenção capacitado para determinar a extensão da neoplasia (estadiamento), tratar, cuidar e assegurar a qualidade dos serviços de assistência oncológica, conforme a Portaria nº 874/GM de 16 de maio de 2013.

Existem 284 unidades e centros de assistência habilitados no tratamento do câncer. Todos os estados brasileiros têm pelo menos um hospital habilitado em oncologia, onde o paciente de câncer encontrará desde um exame até cirurgias mais complexas. Cabe às secretarias estaduais e municipais de Saúde organizar o atendimento dos pacientes na rede assistencial, definindo para que hospitais os pacientes, que precisam entrar no sistema público de saúde por meio da Rede de Atenção Básica, deverão ser encaminhados. Dentre os hospitais habilitados no estado, encontra-se o Hospital Santa Rita de Cassia (HSRC).

Inaugurado em 31 de março de 1970 no município de Vitória - Espírito Santo, o HSRC tem como fundadora e mantenedora a Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer (AFECC). A instituição atua como entidade filantrópica, parceira dos serviços de atendimento à população usuária do Sistema Único de Saúde (SUS), destina mais de 60% dos serviços de atenção a saúde para este público.

O Hospital pode ser considerado um dos mais completos e bem equipados do Estado, oferece todos os serviços médicos dentro de seu complexo. Possui mais de 31.559,85 m² de área construída, realizou no ano de 2014 cerca de 755 mil atendimentos a paciente do SUS, convênios e particulares. São 265 leitos, cerca de 1.500 empregados e mais de 400 médicos no corpo clínico dedicados à saúde e ao bem-estar da população capixaba.

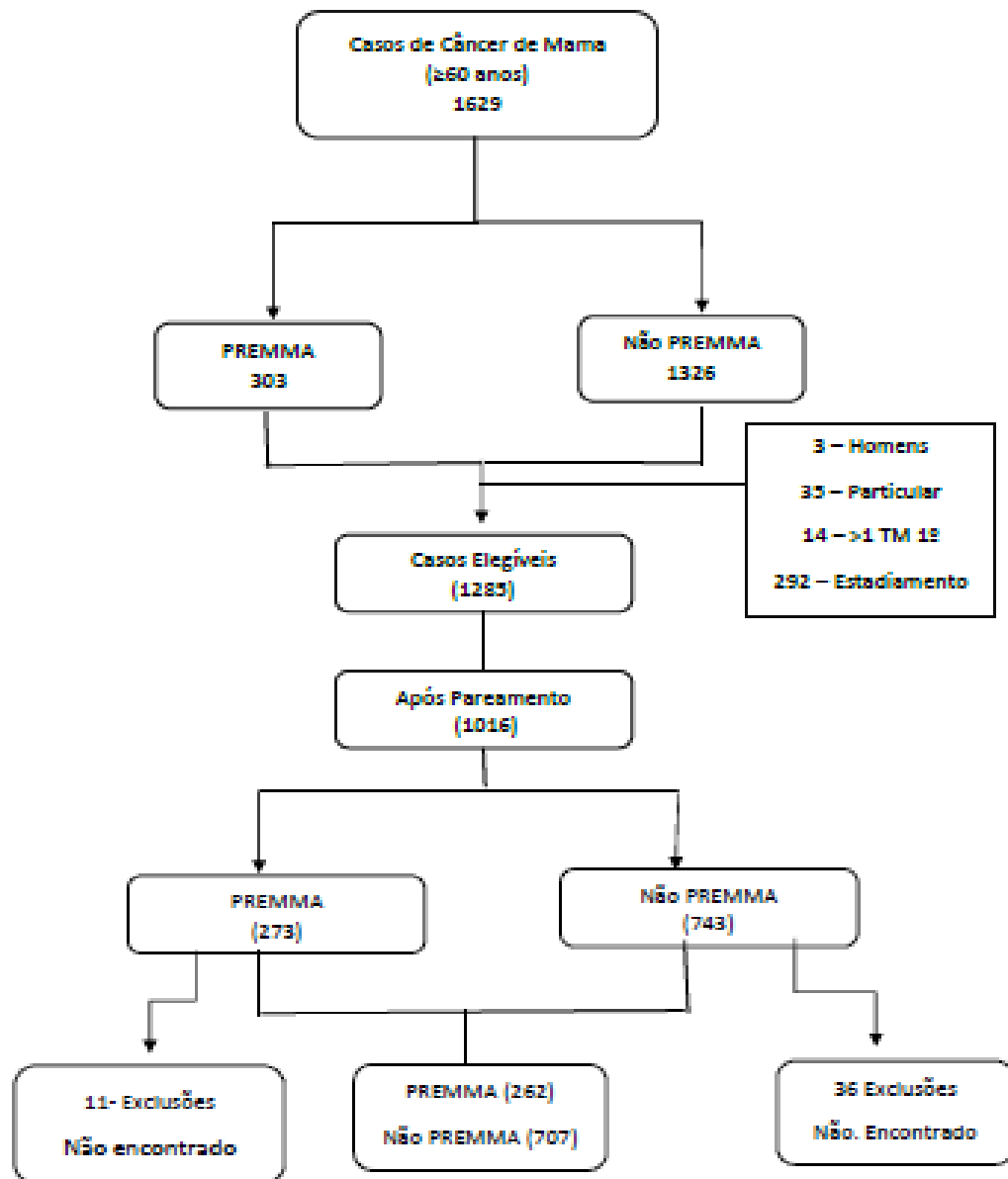
Atualmente é considerado centro de referência no tratamento ao paciente oncológico atendendo pacientes de todo o Espírito Santo, sul da Bahia, leste de Minas Gerais e norte do Rio de Janeiro. Além do atendimento oncológico, a instituição e também disponibiliza especialidades gerais para atender com qualidade e conforto a toda a população desempenhando importante papel na promoção da saúde da população capixaba.

A unidade conta também com um diferencial entre os demais hospitais do Estado, o Registro Hospitalar de Câncer (RHC), que é fonte sistemática de informações dos casos de neoplasia maligna. Sua principal função é clínica, sendo um valioso recurso para acompanhar e avaliar o trabalho realizado no hospital, inclusive os resultados finais alcançados, cumprindo papel de colaborar na monitorização e avaliação dos cuidados prestados aos pacientes com câncer, ajudando os médicos no acompanhamento de seus casos e oferecendo-lhes dados estatísticos sobre o resultado dos tratamentos aplicados. Assim, o RHC do Hospital Santa Rita de Cássia se constitui na maior fonte de dados epidemiológicos sobre câncer do Espírito Santo, consolidando periodicamente os seus dados no INCA (Instituto Nacional do Câncer) no Rio de Janeiro. Além deste, o estado possui RHC em apenas mais um dos x hospitais dispostos na região.

3.3 População do Estudo

Foram estudados os casos de mulheres idosas (idade ≥ 60 anos) com diagnóstico médico de câncer de mama, no período de 2000 a 2010, que receberam algum tipo de tratamento no centro de referência do HSRC. O seguimento será realizado por cinco anos (2010 a 2015).

Figura 1 – Fluxograma de perdas e seleção da amostra do estudo



3.4 Critérios de Inclusão

Para compor o grupo intervenção, foram incluídas neste estudo mulheres idosas (≥ 60 anos) com tumor primário de câncer de mama que realizaram algum tipo de tratamento no HSRC, pelo SUS, participantes do PREMMA com data de diagnóstico entre 2000 a 2010, com número superior a cinco consultas no programa, devidamente registradas no banco de dados do SIH/RHC.

Para o grupo controle, inclui-se mulheres com tumor primário de câncer de mama que realizaram algum tipo de tratamento no HSRC e receberam o diagnóstico entre 2000 a 2010, devidamente registrado no banco de dados do SIH/RHC e não participantes do PREMMA, no período de interesse para esse estudo. As mulheres incluídas no grupo controle serão selecionadas segundo pareamento.

3.5 Critérios de Exclusão

Foram excluídos deste estudo mulheres com mais de um caso de tumor primário de mama, os casos em que o estadiamento não for informado e registro não encontrado.

3.6 Composição da amostra

Os dados foram estratificados em dois grupos: as participantes do PREMMA (grupo intervenção) e as não participantes do PREMMA (grupo controle). Os grupos foram pareados por ano de diagnóstico (2000 a 2002, 2003 a 2005, 2006 a 2008 e 2009 a 2010), estadiamento (precoce, 0, 1 e 2 e tardio, 3 e 4) e faixa etária (60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos e mais). Adotou-se a proporção máxima de 4:1 e mínima de 1:1 de pacientes não PREMMA e PREMMA, respectivamente. Para o pareamento, nos casos de proporções acima de 4:1, foram sorteadas as mulheres para participação. Neste sorteio, 262 mulheres ficaram de fora. O quadro 1 abaixo apresenta os resultados do pareamento inicial e final.

Quadro 1: Pareamento por faixa etária, ano de diagnóstico e estadiamento (Continua).

| Faixa Etária | Ano_Diag | Estadiamento | Grupo Total | | | Grupo Sorteado | | |
|--------------|-------------|--------------|-------------|--------|------|----------------|--------|------|
| | | | NÃO PREMMA | PREMMA | NP:P | NÃO PREMMA | PREMMA | NP:P |
| 60 a 69 | 2000 a 2002 | Precoce | 90 | 42 | 2,1 | 90 | 42 | 2,1 |
| | | Tardio | 36 | 17 | 2,1 | 36 | 17 | 2,1 |
| | 2003 a 2005 | Precoce | 85 | 42 | 2,0 | 85 | 42 | 2,0 |
| | | Tardio | 44 | 21 | 2,1 | 44 | 21 | 2,1 |
| | 2006 a 2008 | Precoce | 114 | 25 | 4,6 | 100 | 25 | 4,0 |
| | | Tardio | 52 | 10 | 5,2 | 40 | 10 | 4,0 |
| | 2009 a 2010 | Precoce | 110 | 14 | 7,9 | 56 | 14 | 4,0 |
| | | Tardio | 47 | 4 | 11,8 | 16 | 4 | 4,0 |

Quadro 1: Pareamento por faixa etária, ano de diagnóstico e estadiamento (Conclusão).

| | | | | | | | | |
|-----------|-------------|---------|------|-----|------|-----|-----|-----|
| 70 a 79 | 2000 a 2002 | Precoce | 34 | 20 | 1,7 | 34 | 20 | 1,7 |
| | | Tardio | 18 | 11 | 1,6 | 18 | 11 | 1,6 |
| | 2003 a 2005 | Precoce | 50 | 16 | 3,1 | 50 | 16 | 3,1 |
| | | Tardio | 28 | 6 | 4,7 | 24 | 6 | 4,0 |
| | 2006 a 2008 | Precoce | 84 | 8 | 10,5 | 32 | 8 | 4,0 |
| | | Tardio | 34 | 7 | 4,9 | 28 | 7 | 4,0 |
| | 2009 a 2010 | Precoce | 58 | 5 | 11,6 | 20 | 5 | 4,0 |
| | | Tardio | 21 | 1 | 21,0 | 4 | 1 | 4,0 |
| 80 e mais | 2000 a 2002 | Precoce | 9 | 6 | 1,5 | 9 | 6 | 1,5 |
| | | Tardio | 10 | 3 | 3,3 | 10 | 3 | 3,3 |
| | 2003 a 2005 | Precoce | 11 | 6 | 1,8 | 11 | 6 | 1,8 |
| | | Tardio | 10 | 2 | 5,0 | 8 | 2 | 4,0 |
| | 2006 a 2008 | Precoce | 27 | 2 | 13,5 | 8 | 2 | 4,0 |
| | | Tardio | 14 | 1 | 14,0 | 4 | 1 | 4,0 |
| | 2009 a 2010 | Precoce | 15 | 2 | 7,5 | 8 | 2 | 4,0 |
| | | Tardio | 11 | 2 | 5,5 | 8 | 2 | 4,0 |
| Total | | | 1012 | 273 | 6,2 | 743 | 273 | 3,2 |

3.7 Fontes de Dados

Os dados foram coletados de prontuário geral do HSRC, banco de dados do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) / Registro Hospitalar de Câncer (RHC) e o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM).

3.8 Coleta de Dados

Foram selecionadas as mulheres que atenderam aos critérios de inclusão a partir do banco de dados do Hospital (de onde foram coletadas as variáveis necessárias para realização do estudo). Realizou-se busca ativa nos prontuários para completude dos dados faltantes de interesse para o estudo, com intuito de extrair dados referentes à consulta de enfermagem e acompanhamento/evolução do tratamento

3.9 Variáveis

Escolheu-se as variáveis incluídas neste estudo a partir da Ficha de Registro de Tumor (23 variáveis), do prontuário geral hospitalar (20 variáveis), do banco do SIM

(4 variáveis). Serão analisadas 47 variáveis no total, demonstradas conforme tabelas a seguir:

Quadro 2- Variáveis utilizadas no estudo (Continua).

| Grupos | Variável | Escala /categorias | Fonte |
|-------------------------------|-------------------------------------|---|----------------------------|
| Identificação | Nº Prontuário | Valor nº | Ficha de Registro de Tumor |
| | CPF ou SUS | Valor nº | |
| | Nome Completo | Nominal | |
| | Nome da Mãe | Nominal | |
| | Data de Nascimento | Dd/mm/aaaa | |
| | Raça – Cor da Pele | Branco/não branco | |
| | Anos de Estudo | 0/ 0-8/ 9-12/ +12 anos | |
| | Estado Conjugal | Solteiro/ Casado/ Viúvo/ União Consensual | |
| | Local de Nascimento | Nominal | |
| | Procedência | Cidade- Estado– País | |
| | Ocupação | Nominal | |
| | Origem do Encaminhamento | Nominal | |
| | Alcoolismo | Sim/Não | |
| | Tabagismo | Sim/Não | |
| Variáveis sobre o Diagnóstico | Data da 1º consulta | Dd/mm/aaaa | |
| | Ano do diagnóstico | Valor nº | |
| | Data do 1º diagnóstico de Tumor | Dd/mm/aaaa | |
| | Diagnóstico e Tratamento Anteriores | Sem Diag./ Sem Tto / Com Diag./ Sem Tto/ Com Diag./ Com Tto | |
| | Estadiamento clínico inicial | Nominal | |
| | História familiar | Nominal | |
| | Localização do Tumor Primário | Nominal | |
| | Data do 1º Tratamento no Hospital | Dd/mm/aaaa | |
| | Tipo de Tratamento no Hospital | Nenhum/ Cirurgia/ Radioterapia/ Quimioterapia/ Hormonioterapia/ Transplante de Medula Óssea/ Imunoterapia/ Outras | |
| | Metástase | Sim/Não | |
| | Localização das Metástases | Nominal | |

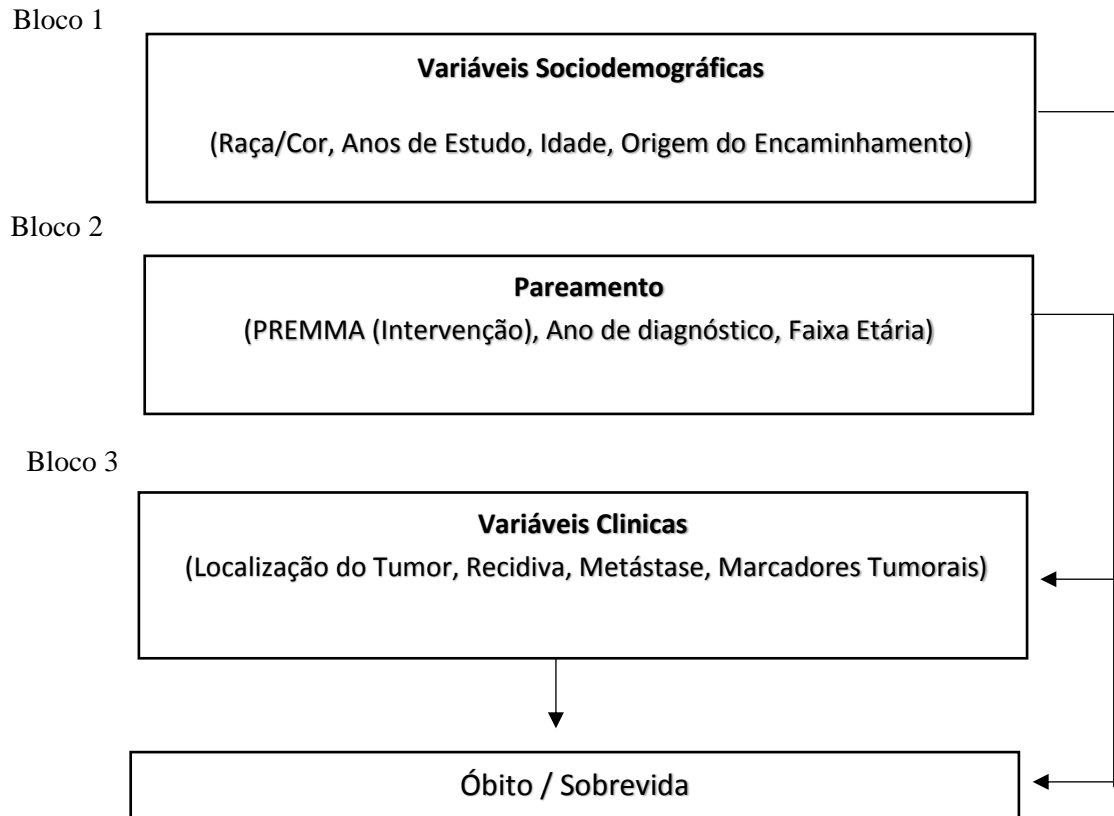
Quadro 2- Variáveis utilizadas no estudo (Conclusão).

| | | | |
|---------------------|---|--|------------|
| | Número de metástase | Valor nº | |
| | Base mais importante para diagnóstico | Clínica/ pesquisa clínica/ exame por imagem/ marcadores tumorais/ citologia/ histologia da metástase/ histologia do tumor primário/ sem informação | |
| Tratamento | Tipo histológico | Nominal | Prontuário |
| | Recidiva | Sim/Não | |
| | Data da Recidiva | Dd/mm/aaaa | |
| | Cirurgia | Sim/Não | |
| | Hormonioterapia | Sim/Não | |
| | Radioterapia | Sim/Não | |
| | Quimioterapia | Sim/Não | |
| | Estado da doença ao final do primeiro tratamento na instituição | Nominal | |
| Marcadores Tumorais | Estrogênio | Positivo / Negativo | Prontuário |
| | Marcador tumoral c-erbB-2 | Positivo / Negativo | |
| | Her | Positivo / Negativo | |
| | Progesterona | Positivo / Negativo | |
| | Estadiamento clínico ao Diagnóstico | Positivo / Negativo | |
| Desfecho | Data do Desfecho | Dd/mm/aaaa | Prontuário |
| | Situação do paciente | Óbitos por câncer de mama/ óbito por outras causas/ não óbito | |
| | Data da última consulta no hospital | Dd/mm/aaaa | |
| | Nome do Paciente | Nominal | SIM |
| | Nome da Mãe | Nominal | |
| | Data de Nascimento | Dd/mm/aaaa | |
| | Causa do Óbito* | Nominal | |
| | Data do Óbito* | Dd/mm/aaaa | |

* Variáveis específicas para o objetivo 2.2

A partir das variáveis acima, criou-se um modelo teórico que busca explicar quais são os fatores preditores da ocorrência de óbito/sobrevida causada pelo câncer de mama em mulheres idosas incluídas no estudo:

Figura 2 – Modelo Teórico do Estudo



3.10 Análise Estatística

Inicialmente, os dados foram tabulados no *software Microsoft Office Excel 2013*, posteriormente analisados por meio do Pacote Estatístico para Ciências Sociais (*software IBM SPSS*), versão 22.0 e os resultados apresentados usando medidas de frequência e prevalência na forma de gráficos e/ou tabelas. Para verificar as associações foi aplicado o teste qui-quadrado. Calculou-se o *Odds ratios* bruto e ajustado pelo modelo de regressão logística para todas as variáveis que apresentarem p-valor <10%.

Após a tabulação, os dados foram relacionados com o banco de dados do SIM Nacional. Durante a análise foi calculado o tempo decorrido entre o diagnóstico e a

primeira consulta, diagnóstico e início do tratamento e primeira consulta e início do tratamento, avaliou-se também o tempo de sobrevida em dias e meses.

Para estimar a sobrevida, utilizou-se o método de Kaplan-Meier. Para a comparação das curvas de sobrevida, usou-se o teste de Log Rank, com significância de 5%.

3.11 Considerações Éticas

O Estudo foi realizado mediante a submissão inicial deste projeto a Plataforma Brasil, ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Espírito Santo, no Centro de Ciências da Saúde (CCS) e Centro de Ensino e Pesquisa do HSRC/AFECC.

Solicitou-se à direção da instituição permissão para a realização da pesquisa, mediante preenchimento e assinatura do Termo de Compromisso de Utilização dos Dados pelos pesquisadores que se comprometeram em utilizar os dados coletados somente para fins deste projeto, pesquisa, e divulgação científica, por meio de resumo ou artigos a serem apresentados em eventos de iniciação científica congressos e outros.

Durante todo o processo de estudo os dados foram manuseados somente pelos envolvidos na realização desse estudo e mantidos em sigilo; apresentar-se-á à instituição os resultados obtidos nesta pesquisa, por meio de reunião formal, a ser agendada para esta finalidade. A pesquisa foi realizada mediante aprovação do CEP, sob o número do parecer: 1.424.089 (ANEXO A) e foram respeitados todos os aspectos éticos, de acordo com a Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde.

4.1 Proposta do Artigo 1

**Mortalidade em mulheres idosas com câncer de mama atendidas em
um Centro de Referência do Espírito Santo**

4.1.1 Resumo

Introdução: O câncer é considerado um problema de saúde pública, representa pelo menos 1/3 de todas as ocorrências de neoplasias no mundo, a principal causa de morte entre as doenças crônicas. Para as mulheres destaca-se o aumento no risco por câncer de mama, de pulmão e queda no câncer de colo de útero. O câncer de mama é o tipo mais frequente entre as mulheres. A ocorrência da doença envolve múltiplos fatores causais, sendo que o envelhecimento permanece como um dos principais fatores de risco. Com o envelhecimento, o diagnóstico de câncer da mama demonstra uma biologia tumoral mais favorável, a uma sensibilidade hormonal aumentada, devido à presença de comorbidades anteriores. **Objetivos:** Avaliar a associação das variáveis clínicas e sociodemográficas com o óbito por câncer de mama e por outras patologias, em mulheres idosas, atendidas em um hospital de referência oncológica, comparando o resultado entre as mulheres participantes de um programa de reabilitação. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de análise de dados secundários, coorte retrospectiva de mortalidade por câncer de mama em mulheres com idade ≥ 60 anos, 969 casos de pacientes atendidos no Hospital Santa Rita de e cadastrada no Registro Hospitalar de Câncer, no período entre 1 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2010. Utilizou-se como fonte de dados a Ficha de Registro de Tumor, o prontuário e o SIM. Aplicou-se o teste Qui-quadrado ($p < 0,10$), calculou-se o odds ratio bruto e ajustado. **Resultados:** No estudo observa-se que a medida que a faixa etária se eleva, maior o número de óbitos por câncer de mama; ter menor grau de instrução, não ser casado e ter a origem de encaminhamento do SUS também foram significantes para o aumento da mortalidade, assim como o fato do diagnóstico ter ocorrido nos primeiros intervalos de tempo pesquisados. As taxas de mortalidade das mulheres participantes e não participantes do PREMMA foi semelhante, o estadiamento tardio e a recidiva contribuíram para a elevação dessas taxas, bem como a metástase, a negatividade para os receptores hormonais e a positividade para o *erbB2*. Quando realizado a análise multivariada, utilizando o método Forward LR, mantiveram-se estatisticamente significantes: origem do encaminhamento do SUS e ano do diagnóstico dentre as variáveis sociodemográficas, e estadiamento clínico, metástase e recidiva dentre as clínicas. **Conclusão:** O resultado encontrado neste estudo, foi compatível com a literatura. Neste estudo, pode ser observado que o desfecho foi determinado pelo aumento da idade (envelhecimento), baixa escolaridade, diagnóstico tardio, marcadores tumorais (Luminal B) e receber diagnóstico e encaminhamento do SUS. Nesse sentido, torna-se necessário a realização de campanhas educativas sobre o câncer de mama em mulheres idosas, de fácil acesso a todas as mulheres em geral, em especial na atenção básica. Ampliar o acesso a assistência nos diferentes níveis de atenção básica à saúde.

Descritores: Neoplasias da mama. Mortalidade. Reabilitação. Saúde da Mulher.

4.1.2 Introdução

Desde o século XX, o envelhecimento populacional progressivo e significativo tem sido um fenômeno mundial¹. O que no passado configurava uma característica marcante de poucos países desenvolvidos passou a ser uma vivência crescente mundialmente^{1,2}, refletindo no aumento da esperança de vida. Vale ressaltar que o Brasil está entre os demais povos da América Latina com o maior aumento no quantitativo de idosos³.

Seguindo a tendência, observa-se no Brasil, a ocorrência da transição demográfica, precedente de mudanças nos padrões das causas de mortalidade, desse modo as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) apontam maior relevância em dedução às doenças infecciosas e parasitárias, a denominada transição epidemiológica^{1,4}. Tal transição têm gerado elevado a soma de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação nas atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral, agravando as iniquidades e aumentando a pobreza^{4,5}.

O câncer é considerado um problema de saúde pública, representa pelo menos 1/3 de todas as ocorrências de neoplasias no mundo⁶. É a principal causa de morte entre as DCNT em países desenvolvidos, subdesenvolvidos ou em desenvolvimento⁶. A patologia é crescente entre as crônico-degenerativas. Estima-se que mais de 30 milhões de pessoas vivam com a doença no mundo todo, sendo também, uma das principais causas de morte em geral com aproximadamente 8,2 milhões de óbitos por ano, devido a doença^{6,7}. Para os homens, o risco aumentou em todos os tipos de neoplasias, destacando esôfago, pulmão e próstata. Para as mulheres destaca-se o aumento no risco por câncer de mama, de pulmão e queda no câncer de colo de útero⁶.

O cancro de mama é o tipo mais frequente entre o sexo feminino e a segunda causa de óbito nesse grupo em todo o mundo⁹. No Brasil, é o tumor mais frequente em mulheres, com exceção do tumor de pele não melanoma, nas regiões Sul (74,30/100 mil), Sudeste (68,08/100 mil), Centro-Oeste (55,87/100 mil) e Nordeste (38,74/100 mil)¹⁰. Uma doença que envolve múltiplos fatores causais, vida reprodutiva, estilo de vida, idade, história familiar, alta densidade do tecido mamário, consumo de

álcool, sedentarismo são fatores conhecidos como risco para o desenvolvimento da doença^{11,12}. No entanto o envelhecimento (idade) permanece sendo um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento da neoplasia¹³. Sendo que 35-50% dos casos ocorre em fêmeas idade igual ou superior que 65 anos¹⁴.

Com o envelhecimento, o corpo humano entra em processo de debilitação fisiológica, com a diminuição de funções e comprometimento de sistemas, leva ao consumo de medicamentos devido à presença de inúmeras doenças comuns ao idoso^{1,14}. Considera-se que com o avanço da idade e suas características, o diagnóstico de cancro da mama demonstra uma biologia tumoral mais favorável, a uma sensibilidade hormonal aumentada, presença de comorbidades anteriores¹⁵. Em decorrência os pacientes idosos tornam-se mais propensos a apresentar tumores maiores e mais avançados. Após essa idade, o aumento ocorre de forma mais lenta, entretanto, a patologia vista em mulheres jovens apresenta características clínicas e epidemiológicas bem diferentes das observadas nas mais velhas^{10,12,14}.

Visando à redução da mortalidade e as morbidades decorrente do mama feminino, o Ministério da Saúde (MS) no Brasil em parceria com Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), recomenda como estratégia para o rastreamento do câncer de mama, a realização da mamografia a cada dois anos para mulheres entre 50 a 69 anos¹⁶. E para as mulheres consideradas com maior risco, orienta-se o acompanhamento clínico individualizado. Enquanto, o Colégio Brasileiro de Radiologia, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia preconiza que seja realizado a mamografia anualmente, para todas as mulheres com idade entre 40 e 69 anos. E para as mulheres acima dos 70 anos, orienta-se o rastreamento através da mamografia, de modo individualizado¹⁷.

Nos últimos anos, o INCA vem ampliando a estratégia de comunicação com o intuito de expandir conhecimento sobre o câncer, sinais e sintomas mais frequentes e os riscos, a cada as mulheres^{10,16}. A partir do conhecimento, ao identificar os sinais e sintomas, recomenda-se que procure o mais rápido possível um serviço de saúde para esclarecimentos^{18,19}. Uma vez diagnosticado o a doença mamaria e iniciado o tratamento é necessário que ocorra adesão ao tratamento. A aderência ao tratamento do câncer é crucial para obter resultados como cura ou melhora na qualidade de vida. A não adesão leva à diminuição da sobrevida, maior recorrência da doença²⁰.

Dado o crescimento expressivo da população idosa, a crescente prevalência de câncer com a idade e a necessidade de melhorar o estado de saúde e a qualidade de vida dos idosos, é importante identificar e conhecer as características do câncer no idosos.

Diante do exposto, o estudo tem como propósito de avaliar a associação das variáveis clínicas e sociodemográficas com o óbito por câncer de mama e por outras patologias, em mulheres com idade ≥ 60 anos com essa patologia, atendidas em um hospital de referência oncológica no Espírito Santo

4.1.3 Metodologia

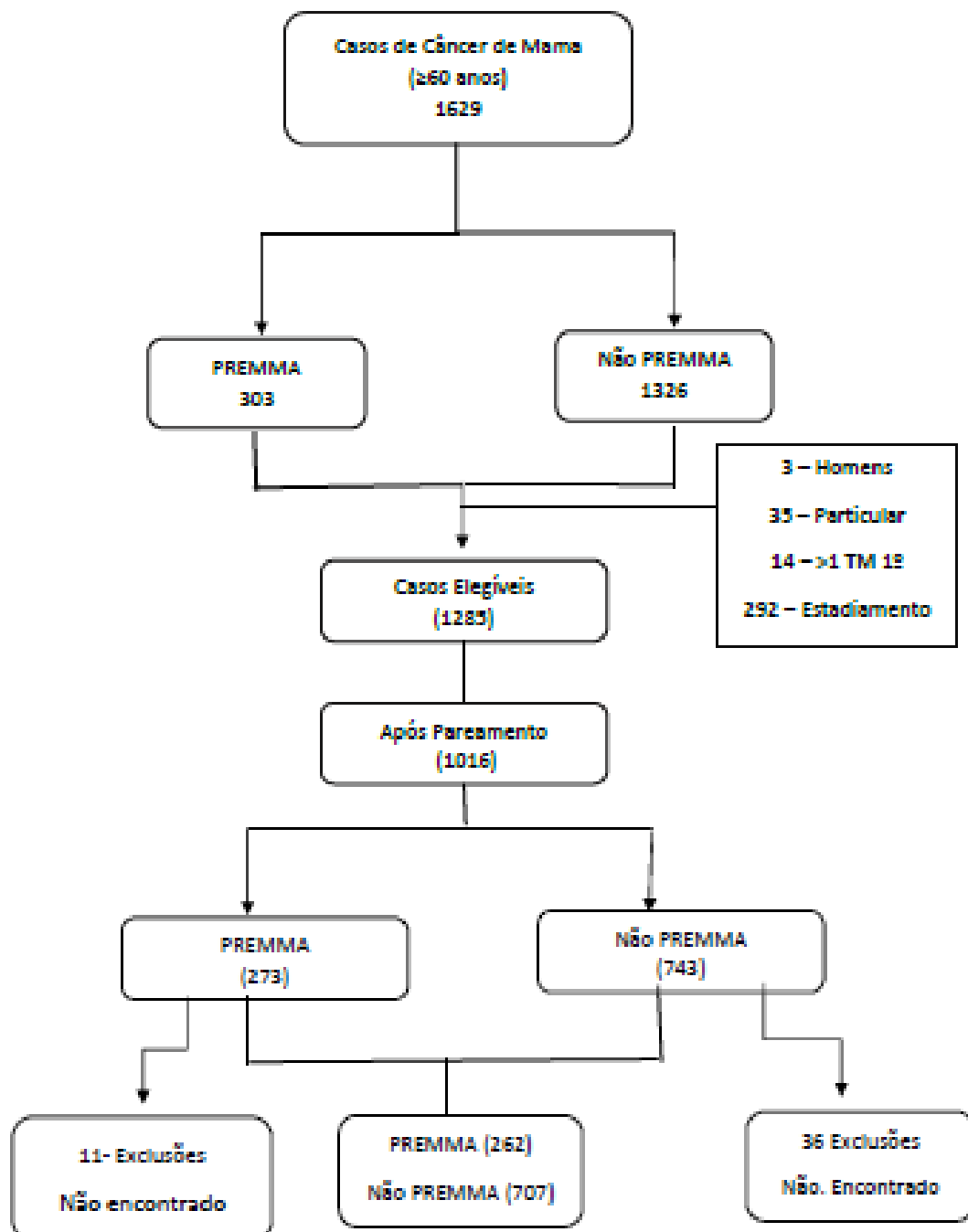
Trata-se de um estudo de analítico de dados secundários, estudo longitudinal sobre a mortalidade por câncer de mama em mulheres idosas. Estudou-se os dados de mulheres com diagnóstico de câncer de mama e idade ≥ 60 anos, atendidas no Hospital Santa Rita de e cadastrada no Registro Hospitalar de Câncer, no período entre 1 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2010.

As pacientes foram divididas em dois grupos: as que participavam do PREMMA (Programa de Reabilitação de Mulheres Mastectomizadas) e as que não participavam. Adotou-se esta estratificação para compreender a importância do PREMMA na mortalidade das pacientes. Os dados foram pareados por ano de diagnóstico (2000 a 2002, 2003 a 2005, 2006 a 2008 e 2009 a 2010), estadiamento (precoces, I e II e tardio, III e IV) e faixa etária (60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos e mais). Adotou-se a proporção máxima de 4:1 e mínima de 1:1 de pacientes NÃO PREMMA e PREMMA, respectivamente. Para o pareamento, nos casos de proporções acima de 4:1, foram sorteadas as mulheres para participação. Neste sorteio, 262 mulheres não foram incluídas na amostra.

No início do estudo havia 1628 após retirada de casos excluídos e contabilizado as perdas do estudo, definiu-se a amostra final, com 969 mulheres idosas com câncer de mama, cadastradas no Sistema de Informação de Saúde (SIS) e Registro Hospitalar de Câncer (RHC), bem como, atendidas no Hospital Santa Rita de Cassia (HSRC) Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer (Afecc), localizado no

município de Vitória – ES, Brasil. O fluxograma abaixo apresenta a distribuição dos casos.

Figura 1 – Fluxograma de perdas e seleção da amostra do estudo



Os dados foram coletados entre de 02 de novembro de 2015 a 15 de outubro de 2016 no RHC do HSRC. A coleta de dados deu-se por meio da Ficha de Registro de Tumor, juntamente, com o prontuário das mulheres incluídas no estudo.

Para a efetuação da coleta no prontuário elaborou-se um instrumento específico permitindo a coleta das seguintes variáveis: Identificação do paciente, estadiamento clínico (EC), ocorrência de recidiva local e metástase, primeiro tratamento, receptor de estrogênio (RE), receptor de progesterona (RP), marcador tumoral Her-2, marcador tumoral P53, data do desfecho (óbito, última consulta).

Os dados sobre a mortalidade, data do óbito e causas, foram obtidos por meio de consultas a Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) do estado do Espírito Santo. As demais variáveis foram encontradas no banco de dados SIS-RHC baseado na Ficha de Registro de Tumor: Faixa etária, raça/cor da pele, anos de estudo, estado conjugal, procedência, origem do encaminhamento, diagnóstico e tratamento anteriores, EC, e tipo de tratamento.

Foram atribuídas ao câncer de mama as situações nas quais tinha sido especificada a causa básica de morte como C50, segundo a 10.^a edição da Classificação Internacional de Doenças, aprovada no ano de 1989 e com aprovação atualizada em 2008, mantendo o CID C50 correspondente ao câncer de mama.

Optou-se por eliminar do estudo as variáveis: história familiar, alcoolismo, tabagismo, ocupação, procedência, localização do tumor primário, localização da metástase e recidiva referente a amostra, devido à sua baixa completude de dados. Para a identificação dos óbitos referente as mulheres participantes da amostra deste relacionou-se o banco de dados elaborado para a pesquisa com o banco de dados do SIM, de modo manual, sendo verificado um a um.

Os dados foram dispostos no programa *Microsoft Office Excell 2013 for Windows* e sucessivamente analisados no programa do Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS), versão 18.0. Inicialmente, realizou-se uma análise descritiva a fim de conhecer o perfil das mulheres com câncer de mama tratadas no HSRC, calculou-se frequência e porcentagem para as variáveis descritivas.

Para análise do desfecho, estratificaram-se as variáveis do desfecho em óbito por câncer de mama, não óbito e óbito por outras causas. Posteriormente, verificou-se

entre o grupo óbito por câncer de mama e não óbitos e aplicou-se o teste de associação qui-quadrado para identificar se algumas das variáveis relacionadas às características sociodemográficas e clínicas apresentaria associação em um nível de significância de 10% ($p < 0,10$). Em seguida, calculou-se os *odds ratio* bruto e ajustados, para as variáveis que apresentaram significância estatística, pelo modelo de regressão logística considerando o nível de significância de até 0,10 na análise bivariada. Considerou-se um modelo hierárquico, com as variáveis sócio econômicas como sendo distais, participação do programa de reabilitação PREMMA como intermediária e as variáveis clínicas como proximais.

Esta pesquisa foi submetida e aprovada pelo Centro de Ensino e Pesquisa do HSRC/Afecc e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo conforme Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, sob o nº de parecer: 1.424.089.

4.1.4 Resultados

A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica e clínica das mulheres. Predominou a raça/cor não branca (55%), a faixa etária de 60 a 69 anos (64%), o baixo grau de escolaridade, onde 79% da amostra não completou o ensino médio. Quanto ao estado conjugal, mais de 70% já foram casadas: casadas (39%), viúvas (25%) e separadas judicialmente (12%), e a origem do encaminhamento ao HSRC foi o SUS em 58% das vezes.

O estadiamento precoce ficou evidenciado (67%), a metástase ocorreu em 25% das mulheres estudadas, enquanto a recidiva em 4% delas. Com relação aos marcadores tumorais, nota-se que na maior parte das mulheres os receptores hormonais demonstraram positividade, sendo que progesterona com 76% e estrogênio com 83%. Por outro lado, os marcadores P53 e o Erb-B2 manifestaram-se negativamente, 78% e 84% respectivamente. A respeito do desfecho do estudo, observa-se um grande quantitativo de óbitos causados pela doença (29%), sendo que 8% foram por outras causas.

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica e clínica das mulheres idosas com câncer de mama, cadastradas no Hospital Santa Rita de Cássia no período de 1º de Janeiro de 2000 a 31 de Dezembro de 2010.

| Variável | Categoria | N | % |
|--------------------------|------------------------|----------|----------|
| Faixa Etária | 60 a 69 anos | 620 | 64% |
| | 70 a 79 anos | 270 | 28% |
| | 80 anos e mais | 79 | 8% |
| Raça/cor | Branca | 433 | 45% |
| | Não Branca | 531 | 55% |
| Anos de Estudo | até 8 anos | 703 | 79% |
| | 9 anos e mais | 183 | 21% |
| Estado Conjugal | Casado | 374 | 39% |
| | Solteiro | 226 | 23% |
| | Viúvo | 244 | 25% |
| | Separado Judicialmente | 120 | 12% |
| Origem do encaminhamento | SUS | 469 | 58% |
| | Não SUS | 340 | 42% |
| Ano do Diagnóstico | 2000 a 2002 | 274 | 28% |
| | 2003 a 2005 | 298 | 31% |
| | 2006 a 2008 | 259 | 27% |
| | 2009 a 2010 | 138 | 14% |
| Grupo | PREMMA | 262 | 27% |
| | Não PREMMA | 707 | 73% |
| Estadiamento Inicial | Precoce (até II) | 652 | 67% |
| | Tardio (III e IV) | 317 | 33% |
| Metástase | Não | 605 | 75% |
| | Sim | 199 | 25% |
| Recidiva | Não | 764 | 96% |
| | Sim | 28 | 4% |
| Estrogênio | Negativo | 144 | 17% |
| | Positivo | 719 | 83% |
| Progesterona | Negativo | 205 | 24% |
| | Positivo | 652 | 76% |
| ErbB2 | Negativo | 669 | 84% |
| | Positivo | 128 | 16% |
| P53 | Negativo | 206 | 78% |
| | Positivo | 57 | 22% |
| Desfecho | Óbito Câncer Mama | 278 | 29% |
| | Óbito Outras Causas | 77 | 8% |
| | Não Óbito | 614 | 63% |

As análises de mortalidade a seguir excluíram as 77 mulheres que foram a óbito por outras causas, uma vez que se trata de um estudo sobre mortalidade do câncer de mama.

Dentre as causas imediatas de óbito mais frequentes nesse estudo encontramos C50.9(Neoplasia Maligna da mama, não especificada) R68.8(Outros sintomas e sinais gerais não especificados), J96.0 (Insuficiência Respiratória Aguda) J96.9 (Insuficiência Respiratória Aguda) R09.2 (Parada Respiratória) C80 (Neoplasia Maligna, sem especificação de localização) C50 (Neoplasia Maligna da mama) A41.9 (Septicemia Não especificada). Quanto as causas básicas as mais frequentes foram relacionadas especificamente o câncer de mama, C50(Neoplasia Maligna da Mama), C50.9 (Neoplasia Maligna da Mama não especificada), C50.0 (Neoplasia Maligna do mamilo e aréola).

A Tabela 2 apresenta a associação das variáveis estudadas com o desfecho “Óbito por CA de mama” e “Não Óbito”. Observa-se que a medida que a faixa etária se eleva, maior o número de óbitos por câncer de mama ($p=0,015$); ter menor grau de instrução, não ser casado e ter a origem de encaminhamento do SUS também foram significantes para o aumento da mortalidade ($p=0,001$), assim como o fato do diagnóstico ter ocorrido nos primeiros intervalos de tempo pesquisados ($p=0,001$).

As taxas de mortalidade das mulheres participantes e não participantes do PREMMA foi semelhante, o estadiamento tardio e a recidiva contribuíram para a elevação dessas taxas ($p=0,001$), bem como a metástase ($p=0,000$), a negatividade para os receptores hormonais estrogênio e progesterona ($p=0,007$ e $p=0,037$, respectivamente) e a positividade para o erbB2 ($p=0,013$)

Tabela 2: Associação das variáveis sociodemográficas e clínicas em relação ao desfecho, referente as mulheres com câncer de mama atendidos no HSRC de janeiro de 2000 a dezembro de 2010.

| Variável | Categoria | Desfecho | | | | p-valor (a) |
|--------------------------|------------------------|------------------|-----|-----------|-----|-------------|
| | | Óbito CA de Mama | | Não Óbito | | |
| | | N | % | N | % | |
| Faixa Etária | 60 a 69 anos | 166 | 28% | 422 | 72% | 0,015 |
| | 70 a 79 anos | 84 | 35% | 155 | 65% | |
| | 80 anos e mais | 28 | 43% | 37 | 57% | |
| Raça Cor | Branca | 112 | 28% | 281 | 72% | 0,118 |
| | Não Branca | 165 | 33% | 329 | 67% | |
| Anos de Estudo | até 8 anos | 230 | 36% | 411 | 64% | 0,001 |
| | 9 anos e mais | 33 | 19% | 142 | 81% | |
| Estado Conjugal | Casado | 83 | 24% | 269 | 76% | 0,001 |
| | Solteiro | 69 | 33% | 140 | 67% | |
| | Viúvo | 83 | 38% | 134 | 62% | |
| | Separado Judicialmente | 41 | 38% | 68 | 62% | |
| Origem do Encaminhamento | SUS | 164 | 38% | 268 | 62% | 0,001 |
| | Não SUS | 71 | 23% | 243 | 77% | |
| Ano do Diagnóstico | 2000 a 2002 | 84 | 35% | 158 | 65% | 0,001 |
| | 2003 a 2005 | 111 | 41% | 162 | 59% | |
| | 2006 a 2008 | 61 | 25% | 180 | 75% | |
| | 2009 a 2010 | 22 | 16% | 114 | 84% | |
| Grupo | PREMMA | 83 | 35% | 154 | 65% | 0,135 |
| | Não PREMMA | 195 | 30% | 460 | 70% | |
| Estadiamento Inicial | Precoce (até II) | 109 | 18% | 497 | 82% | 0,001 |
| | Tardio (III e IV) | 169 | 59% | 117 | 41% | |
| Metástase | Não | 96 | 17% | 460 | 83% | 0,000 |
| | Sim | 162 | 87% | 25 | 13% | |
| Recidiva | Não | 230 | 33% | 476 | 67% | 0,001 |
| | Sim | 17 | 65% | 9 | 35% | |
| Estrogênio | Negativo | 54 | 41% | 78 | 59% | 0,007 |
| | Positivo | 193 | 29% | 471 | 71% | |
| Progesterona | Negativo | 70 | 37% | 117 | 63% | 0,037 |
| | Positivo | 177 | 29% | 426 | 71% | |
| ErbB2 | Negativo | 180 | 29% | 438 | 71% | 0,013 |
| | Positivo | 48 | 41% | 70 | 59% | |
| P53 | Negativo | 68 | 36% | 121 | 64% | 0,181 |
| | Positivo | 24 | 46% | 28 | 54% | |

A tabela 3 apresenta o *odds ratio* bruto para as variáveis que apresentaram significância estatística na análise anterior. Manteve-se os desfechos “morte por

câncer de mama” e “não óbito”. Na variável faixa etária, pacientes com 80 anos ou mais apresentaram aproximadamente 1,9 vezes mais probabilidade de morte do que o grupo mais jovem (60-69 anos).

Tabela 3: Resultado da análise Odds ratio brutos das variáveis que apresentaram significância estatística das mulheres idosas com câncer de mama atendidas no HSRC, Vitória, ES, no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2010.

| Variável | Categoria | Desfecho | | | | ODDS RATIO BRUTO | | | |
|--------------------------|------------------------|------------------|-----|-----------|-----|------------------|-------|--------|--------|
| | | Óbito CA de Mama | | Não Óbito | | p-valor (b) | OR | LI 95% | LS 95% |
| | | N | % | N | % | | | | |
| Faixa Etária | 60 a 69 anos | 166 | 28% | 422 | 72% | | 1,00 | | |
| | 70 a 79 anos | 84 | 35% | 155 | 65% | 0,050 | 1,38 | 1,00 | 1,90 |
| | 80 anos e mais | 28 | 43% | 37 | 57% | 0,014 | 1,92 | 1,14 | 3,24 |
| Anos de Estudo | até 8 anos | 230 | 36% | 411 | 64% | 0,000 | 2,41 | 1,60 | 3,63 |
| | 9 anos e mais | 33 | 19% | 142 | 81% | | 1,00 | | |
| Estado Conjugal | Casado | 83 | 24% | 269 | 76% | | 1,00 | | |
| | Solteiro | 69 | 33% | 140 | 67% | 0,015 | 1,60 | 1,09 | 2,33 |
| | Viúvo | 83 | 38% | 134 | 62% | 0,000 | 2,01 | 1,39 | 2,90 |
| | Separado Judicialmente | 41 | 38% | 68 | 62% | 0,004 | 1,95 | 1,23 | 3,09 |
| Origem do Encaminhamento | SUS | 164 | 38% | 268 | 62% | 0,000 | 2,09 | 1,51 | 2,91 |
| | Não SUS | 71 | 23% | 243 | 77% | | 1,00 | | |
| Ano do Diagnóstico | 2000 a 2002 | 84 | 35% | 158 | 65% | 0,000 | 2,75 | 1,63 | 4,67 |
| | 2003 a 2005 | 111 | 41% | 162 | 59% | 0,000 | 3,55 | 2,12 | 5,95 |
| | 2006 a 2008 | 61 | 25% | 180 | 75% | 0,041 | 1,76 | 1,02 | 3,02 |
| | 2009 a 2010 | 22 | 16% | 114 | 84% | | 1,00 | | |
| Estadiamento Inicial | Precoce (até II) | 109 | 18% | 497 | 82% | | 1,00 | | |
| | Tardio (III e IV) | 169 | 59% | 117 | 41% | 0,000 | 6,59 | 4,81 | 9,01 |
| Metástase | Não | 96 | 17% | 460 | 83% | | 1,00 | | |
| | Sim | 162 | 87% | 25 | 13% | 0,000 | 31,05 | 19,31 | 49,93 |
| Recidiva | Não | 230 | 33% | 476 | 67% | | 1,00 | | |
| | Sim | 17 | 65% | 9 | 35% | 0,001 | 3,91 | 1,72 | 8,90 |
| Estrogênio | Negativo | 54 | 41% | 78 | 59% | 0,008 | 1,69 | 1,15 | 2,48 |
| | Positivo | 193 | 29% | 471 | 71% | | 1,00 | | |
| Progesterona | Negativo | 70 | 37% | 117 | 63% | 0,038 | 1,44 | 1,02 | 2,03 |
| | Positivo | 177 | 29% | 426 | 71% | | 1,00 | | |
| ErbB2 | Negativo | 180 | 29% | 438 | 71% | | 1,00 | | |
| | Positivo | 48 | 41% | 70 | 59% | 0,014 | 1,67 | 1,11 | 2,50 |

Ter menos de 8 anos de estudo elevou em mais de 2 vezes a probabilidade de morte por o câncer de mama. Ser solteira, separada judicialmente ou viúva, aumentou essa chance em 1,60; 1,95; 2,01 vezes, respectivamente, quando comparadas ao grupo das casadas.

Mulheres com a origem de encaminhamento pelo SUS tiveram as chances de óbito aumentadas em mais de 2 vezes, enquanto o ano de diagnóstico 2000 – 2002 e 2003 - 2005 elevaram a probabilidade de óbito em 2,75 a 3,55 vezes, respectivamente, quando comparados aos anos de 2009 e 2010.

Ser diagnosticada em estadiamento clínico tardio conferiu uma probabilidade 6,59 vezes maior de evoluir a óbito, enquanto a presença de recidiva elevou em 3,91 vezes; metástase foi a variável que mais aumentou essa chance (31,05 vezes).

A negatividade do estrogênio e da progesterona, individualmente, elevaram as chances de óbito em 1,69 e 1,44 vezes, respectivamente, enquanto a positividade do erbB2 conferiu acréscimo de 1,67 na chance de óbito por câncer de mama.

Na Tabela 4 realizou-se a análise multivariada das variáveis independentes que apresentaram p-valor de até 10% na análise anterior, inserindo primeiramente as variáveis distais ao desfecho óbito (sociodemográficas), e posteriormente as proximais (clínicas). No “modelo 1” observa-se a permanência de significância estatística nas variáveis: anos de estudo, estado conjugal, origem do encaminhamento e ano do diagnóstico. No “modelo 2”, ao inserir as variáveis proximais, permaneceram com significância estatística apenas origem do encaminhamento e ano do diagnóstico, acrescidas agora pelas variáveis clínicas, que apresentaram-se significância em estadiamento clínico agrupado, metástase e recidiva. No “modelo 3”, utilizando o método Forward LR, mantiveram-se estatisticamente significantes: origem do encaminhamento do SUS e ano do diagnóstico dentre as variáveis sociodemográficas, e estadiamento clínico, metástase e recidiva dentre as clínicas.

Tabela 4: Resultado da análise multivariada das variáveis que apresentaram significância estatística na análise bivariada, referente as mulheres idosas com câncer de mama atendidas no HSRC, Vitória, ES, no período de janeiro de 2000 a dezembro de 2010.

| Variável | Categoria | modelo 1 (OR IC95%) | modelo 2 (OR IC95%) | modelo 3 (OR IC95%) |
|-------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| Faixa etária | 60 a 69 anos | 1,00 | 1,00 | |
| | 70 a 79 anos | 1,02 (0,69 -- 1,51) | 1,05 (0,57 -- 1,94) | |
| | 80 anos e mais | 1,38 (0,71 -- 2,70) | 1,32 (0,50 -- 3,45) | |
| Anos de Estudo | até 8 anos (inclusive) | 1,63(1,00 -- 2,67) | 1,96 (0,87 -- 4,44) | |
| | mais de 8 anos | 1,00 | 1,00 | |
| Estado Conjugal | Casado | 1,00 | 1,00 | |
| | Solteiro | 1,37 (0,87-- 2,14) | 1,02 (0,51 -- 2,04) | |
| | Viúvo | 2,08 (1,34 -- 3,22) | 1,62 (0,81 --3,24) | |
| | Separado judicialmente | 1,24 (0,71 -- 2,16) | 1,01 (0,43 -- 2,32) | |
| Origem do Encaminhamento | SUS | 2,03 (1,38 -- 2,97) | 2,31 (1,24 -- 4,32) | 2,53 (1,42 -- 4,51) |
| | Não SUS | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| Ano do Diagnóstico | 2000-2002 | 2,47 (1,34 -- 4,56) | 4,63 (1,78 -- 12,00) | 4,31 (1,71 -- 10,90) |
| | 2003-2005 | 2,91 (1,60 -- 5,29) | 3,21 (1,26 -- 8,14) | 3,09 (1,24 -- 7,72) |
| | 2006-2008 | 1,41 (0,75 -- 2,68) | 2,32 (0,89 -- 6,03) | 2,17 (0,84 -- 5,59) |
| | 2009-2010 | 1,00 | 1,00 | 1,00 |
| Estadiamento Clínico Agrupado | 0 a II | | 1,00 | 1,00 |
| | III e IV | | 2,61 (1,49 -- 4,56) | 2,86 (1,68 -- 4,86) |
| Metástase | Não | | 1,00 | 1,00 |
| | Sim | | 37,93 (17,34 -- 82,97) | 35,15 (16,46 -- 75,03) |
| Recidiva | Não | | 1,00 | 1,00 |
| | Sim | | 4,85 (1,24 -- 19,05) | 5,00 (1,27 -- 19,62) |
| Estrogênio | Negativo | | 1,22 (0,40 -- 3,70) | |
| | Positivo | | 1,00 | |
| Progesterona | Negativo | | 1,13 (0,40 -- 3,18) | |
| | Positivo | | 1,00 | |
| M.T. erbB-2 | Negativo | | 1,00 | |
| | Positivo | | 1,51 (0,71 -- 3,18) | |

*IC95%: intervalo de 95% de confiança; OR: odds ratio

Modelo 1: n = 687, 77% da amostra; Modelo 2: n = 485, 54,4% da amostra;

Modelo 3: n = 485, 54,4% da amostra

4.1.5 Discussão

O câncer de mama é um tipo de neoplasia, mundialmente, comum entre mulheres^{6,7}. A maioria dos casos são diagnosticados aos 65 anos ou mais e cerca 30% dos casos são diagnosticados com idade superior a 70 anos^{21,22}.

Entre o grupo estudado percebe-se a primazia de mulheres com idade entre 60-69 anos, porém, mulheres com a idade mais avançada (70-79, 80 ou mais) tiveram chance maior de óbito pela doença, sendo que a medida que a idade avançou, as chances aumentaram.

Um estudo que utilizou dados americanos do Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER), realizado em 2010, confirmou que a idade média de um doente de cancro da mama é de cerca de 63 anos, e a incidência aumenta dramaticamente com a idade¹⁵. Em termos de taxas de mortalidade, a maioria das mulheres que morrem em decorrência do câncer de mama nos EUA tem agora ≥ 65 anos²¹.

Outro estudo descritivo, realizado em 2013 e referente ao período de 1980 a 2011, demonstrou que o câncer de mama gera maior mortalidade no grupo de mulheres com mais de 50 anos, tendo em 2011 alcançado aproximadamente 47 óbitos a cada 100 mil mulheres, em contraste a cerca de quatro óbitos a cada 100 mil mulheres com até 50 anos²³. É possível observar a grande magnitude da mortalidade em mulheres de 60 anos ou mais em relação às mais jovens, em relação aos demais estudos encontrados^{21,22, 23}.

Considerando o nível de escolaridade e estado conjugal, a maioria das idosas analisadas, possuíam baixo grau de escolaridade, casadas ou que já foram casadas. O estudo revelou uma associação entre a baixa escolaridade e maior chance de óbito por câncer de mama.

O encontrado confirma que a escolaridade interfere no acesso aos serviços e no prognóstico da doença^{19,24}. Sendo que o nível de escolaridade mais elevado é fator determinante na busca de melhores condições de qualidade de vida. Enquanto, a

baixa escolaridade dificulta o acesso a informações acerca da doença. Resultando, no retardo a procura do diagnóstico, estádios mais avançados^{19,24}.

Em especial no Brasil, o idoso em sua maioria, são mulher, com baixa escolaridade e renda domiciliar per capita de até ½ salário mínimo²⁵. Nesse sentido, a realização de campanhas educativas, acerca da prevenção do câncer de mama, destinadas e adaptadas à realidade dessa população tornam-se cada vez mais necessárias²⁶. Levando conhecimento sobre a importância da realização de exames, identificação de sinais e a busca de assistência à saúde¹⁹.

A relação entre baixa escolaridade e mortalidade também foi observada em estudo realizado no Pará, onde a maioria das mortes foram encontradas em mulheres com menos de 8 anos de estudo²⁷.

Como alternativa de reduzir risco e melhorar a qualidade de vida das mulheres com câncer de mama atendidas no Santa Rita, o PREMMA, busca de forma interativa levar informações sobre a doença, concomitantemente, oferece suporte social, clínico e psicologia às participantes²⁸. Neste estudo, participar do PREMMA não conferiu proteção e não foi significativa para a diminuição da mortalidade. Porém outros estudos ressaltam a importância de um programa que busque o processo de reabilitação com vista à uma melhor qualidade de vida e reintegração da mulher pós câncer de mama^{28,29}. As semelhanças entre os grupos, preservada pelo rigoroso critério de seleção e pareamento da amostra, tornaram o grupo tão homogêneo que outras variáveis, como idade, estadiamento e ano do diagnóstico, foram mais relevantes e influenciaram no desfecho.

A origem de encaminhamento mais frequente foi o SUS em quase 60% das vezes. No estudo, aqueles com encaminhamento provenientes do SUS apresentaram mais que o dobro de chance da ocorrência do óbito pela patologia. Tal resultado pode estar relacionado a diferença em relação a tempo entre diagnóstico e tratamento entre pacientes admitidos pelo sistema privado e SUS. Onde os pacientes da iniciativa privada ao receberem o diagnóstico, rapidamente, iniciam o tratamento. Enquanto

pacientes vindos do SUS enfrentam maior tempo de espera para a realização dos exames diagnósticos e, conseqüentemente, para o início do tratamento.

A demora enfrentada por esses pacientes pode ocasionar no início do tratamento tardio, trazendo danos à qualidade de vida dessa mulher, diminuindo as chances de cura e necessitando de terapias mais agressivas^{30,31}.

Visando reduzir o tempo entre diagnóstico e início do tratamento, o Ministério da Saúde, por meio da nomeada “Lei dos 60 dias”, estabelece que o início do tratamento em 60 dias ou menos após o diagnóstico oncológico³². Porém vários estudos mostram que o intervalo de tempo entre diagnóstico tem sido excedido^{31,33,34}.

Quanto as mulheres com estadiamento tardio, estas demonstraram probabilidade 6,59 vezes maior de evoluírem ao óbito. 59% das mulheres com estadiamento III-IV morreram devido ao câncer. O mesmo foi encontrado no estudo realizado nos EUA em 2011, onde o câncer de mama foi a causa mais comum de morte entre todas as mulheres diagnosticadas com câncer de mama estágio III ou IV²¹.

A variável metástase foi, “de longe”, a de maior impacto, pois conferiu às mulheres uma chance 31 vezes maior de morrerem. E a recidiva contribuiu para o aumento da mortalidade, uma vez que mulheres que apresentaram tal evento tiveram aproximadamente 4 vezes mais chances de morrerem.

Com relação aos marcadores tumorais, nota-se que na maior parte das mulheres os receptores hormonais demonstraram positividade, enquanto os marcadores P53 e o Erb-B2 manifestaram-se negativamente. Os receptores hormonais (Estrógeno e progesterona) possuem papel importante na avaliação clínica pós-diagnóstico do câncer de mama. Quando são positivos tendem a apresentar sobrevida livre de doença e uma sobrevivência global maior que as pacientes com tumores com receptores negativos³³. Se relacionados ao tratamento, a positividade, geralmente, está relacionada a uma melhor resposta ao tratamento e a um melhor prognóstico³⁵.

Quanto a positividade para o marcador C-erbB-2, sua expressão tem sido associada a maior agressividade biológica do tumor e a resistência a alguns tipos de

tratamento³⁶. Diversos estudos têm sugerido que a presença do HER-2 está associada a altos riscos de metástase e recidiva precoce e menor sobrevida que aqueles com ausência de expressão^{35,36,37}.

4.1.6 Conclusão

A feminização da população brasileira somado ao envelhecimento populacional progressivo, torna evidente a ascensão de diversas patologias crônicas – degenerativas. Entre as tais, verifica-se que o câncer.

O câncer de mama entre as mulheres idosas apresenta um perfil clínico e epidemiológico diferenciado, especialmente em decorrência das co-morbidades relacionada a idade e o envelhecimento. Atualmente, nota-se um índice de mortalidade crescente entre a população feminina pela doença, inclusive nessa faixa etária.

Neste estudo, pode ser observado que o desfecho foi determinado pelo aumento da idade (envelhecimento), baixa escolaridade, diagnóstico tardio, marcadores tumorais (Luminal B) e receber diagnóstico e encaminhamento do SUS.

Nesse sentido, torna-se necessário a realização de campanhas educativas sobre o câncer de mama em mulheres idosas, de fácil acesso a todas as mulheres em geral, em especial na atenção básica. Ampliar o acesso a assistência nos diferentes níveis de atenção básica a saúde.

O aumento dos casos da doença nessa população tem motivado o governo a buscar a implantação de leis, programas e projetos com intuito de viabilizar o atendimento ao idoso de modo integral e em tempo hábil. Porém, ainda com a intervenção do governo, o difícil e demorado acesso a assistência a atenção e saúde da mulher idosa, permanecem aquém de suas necessidades de cuidados preventivos ou terapêuticos.

Frente aos altos índices, as deficiências assistenciais e os demais fatores do grande impacto da doença na saúde das idosas. Revela-se a importância de estudos como este, uma vez que a realização deste permite a disposição de dados e informações

que servirão para otimizar a assistência e intervenções, bem como motivar a ocorrência de outros estudos pertinentes a temática.

Vale ressaltar que a realização de estudos que abordem a problemática de neoplasia mamaria no envelhecimento, reforça a importância da qualidade e completude de dados utilizada em estudos utilizados com dados secundários.

4.1.7 Referências

1. Brito MCC, Freitas CASL, Mesquita KO, Lima GK. Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde pública: análise da produção científica. *Revista Kairós Gerontologia*. 2013;16(3):161-178.
2. Miranda GMD, Mendes ACG, Silva ALA. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. *Rev. bras. geriatr. gerontol*. 2016;19(3): 507-519.
3. Bezerra FC, Almeida MI, Therrien SMN. Estudos sobre envelhecimento no Brasil: revisão bibliográfica. *Rev. bras. geriatr. gerontol*. 2012;15(1):155-167.
4. Malta DC, Cezário AC, Moura L, Morais Neto OL, Silva Junior JB. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2006;15(3):47-65.
5. Barreto MS, Carreira L, Marcon SS. Envelhecimento populacional e doenças crônicas: Reflexões sobre os desafios para o Sistema de Saúde Pública. *Revista Kairós Gerontologia*. 2015; 18(1): 325-339
6. Bray F. Transitions in human development and the global cancer burden. In: Wild CP, Stewart B, eds. *World cancer report 2014*. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2014.
7. World Health Organization. International agency for research on cancer. *cancer today: estimated incidence, mortality and 5 year prevalence in 2012*. GLOBOCAN. Lyon: IARC, 2012.
8. Mathias TAF, Jorge MHPM. Evolução da Mortalidade por Neoplasias em Idosos no Município do Estado do Paraná, 1979-1998. *Cienc Cuid Saude*. 2006; 5: 57-64.
9. Alessio BFV, Costa CN, Ribeiro R, Gasperin Junior P, Hatschbach SBB. Causes of death of the patients with breast cancer diagnosed and treated at the Erasto Gaertner Hospital from 1995 to 1999: retrospective study. *Rev Bras Mastologia*. 2011; 21(1):9-13.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015.
11. Buitrago F, Uemura G, Sena MCF. Fatores prognósticos em câncer de mama. *Com. Ciências Saúde*. 2011;2(1): S69-S82.
12. Silva PA, Riul SS. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. *Rev. bras. enferm.* 2011; 64(6): 1016-1021.
13. Sociedade Brasileira de Mastologia. Boletim da Associação Brasileira de Mastologia Regional. São Paulo • ANO XVI - Nº 100 - 2012
14. Cappellani A, Vita MD, Zanghì A, Cavallaro A, Piccolo G, Majorana M, et al. Prognostic factors in elderly patients with breast cancer. *BMC surg.* (Online). 2013; 13(2): 1-12.
15. Schonberg MA, Marcantonio ER, Li D, Silliman RA, Ngo L, EP McCarthy. Breast Cancer Among the Oldest Old: Tumor Characteristics, Treatment Choices, and Survival. *Jornal de Oncologia Clínica*. 2010; 28(12): 2038-2045.
16. Brasil. Ministério da Saúde. Relatório de recomendação da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Diretrizes para Detecção Precoce do Câncer de Mama. 2015; 160: 69-150.
17. Urban LABD, Schaefer MB, Duarte DL, Santos RP, Maranhão NMA, Kefalas AL, et al. Recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia para rastreamento do câncer de mama por métodos de imagem. *Radiol Bras.* 2012; 45(6): 334-9.
18. Jácome EM, Silva RM, Gonçalves MLC, Collares CPM, Barbosa IL. Detecção do Câncer de Mama: Conhecimento, Atitude e Prática dos Médicos e Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família de Mossoró, RN, Brasil. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2011; 57(2): 189-198.

19. Santos GD, Chubaci RYS. O conhecimento sobre o câncer de mama e a mamografia das mulheres idosas frequentadoras de centros de convivência em São Paulo (SP, Brasil). *Ciênc & Saúde Colet.* 2011; 16(5):2533-2540.
20. Rêgo IKP, Nery IS. Acesso e Adesão ao Tratamento de Mulheres com Câncer de Mama Assistidas em um Hospital de Oncologia. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 2013; 59(3): 379-390.
21. Yao L, Zhang YX, Wang LH, Zhang XY, Yan W, Pang D. Breast cancer in 65-year-old or older patients: clinicopathological characteristics and prognosis. *Onkologie.* 2012;35(6):358-61.
22. Dimitrakopoulos FID, Kottorou A, Antonacopoulou AG, Makatsoris T, Kalofonos HP. Early-Stage Breast Cancer in the Elderly: Confronting an Old Clinical Problem. *Journal of Breast Cancer.* 2015;18(3):207-217.
23. Martins CA, Guimarães RM, Silva RLPD, Ferreira APS, Gomes FL, Sampaio JRC et al. Evolução da Mortalidade por Câncer de Mama em Mulheres Jovens: Desafios para uma Política de Atenção Oncológica. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 2013; 59(3): 341-349.
24. Gonçalves LLC, Lima AV, Brito II ES, Oliveira MM, Oliveirall LAR, Abud ACF et al. Mulheres Portadoras De Câncer De Mama: Conhecimento E Acesso Às Medidas De Detecção Precoce. *Rev. enferm.* 2009; 17(3):362-7.
25. Melo NCV, Ferreira MAM, Teixeira KMD. Condições de vida dos idosos no Brasil: uma análise a partir da renda e nível de escolaridade. *Revista Brasileira de Economia Doméstica.* 2014; 25(1):004-019.
26. Silva FMC. Métodos de rastreamento do câncer de mama: conhecimento, atitude e prática de mulheres idosas [tese de doutorado]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-graduação em Gerontologia Biomédica; 2014.
27. Pereira WMM. Mortalidade e sobrevida por câncer de mama no estado Pará [dissertação de mestrado]. Pará: Universidade Federal do Pará, Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.

28. Galdino AR, Pereira LDA, Costa Neto SB, Souza CB, Amorim MHC. Qualidade de vida de mulheres mastectomizadas matriculadas em um programa de reabilitação. *Res.: fundam. care.* 2017; 9(2): 451-458.
29. Pereira LDA, Souza CB, Musso MAA, Calmon MV, Costa-Neto SB, Miotto MHBM et al. qualidade de vida de mulheres com câncer de mama no pré e pós-operatório. *Revista Investigación y Educación en Enfermería.* 2017; 35 (1).
30. Ewertz M, Jensen AB. Late effects of breast cancer treatment and potentials for rehabilitation. *Acta Oncologica.* 2011; 50(2):187-193.
31. Rezende MCR. Causas do diagnóstico tardio no câncer de mama [dissertação]. Rio de Janeiro: UFRJ/Centro de Ciências da Saúde; 2010.
32. Brasil. Presidência da República. Lei N°12.732, de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de pacientes com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. *Diário Oficial da União.* 23 nov. 2012.
33. Paiva CJK; Cesse EAP. Aspectos Relacionados ao Atraso no Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama em uma Unidade Hospitalar de Pernambuco. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 2015; 61(1): 23-30.
34. Barros AF, Uemura G, Macedo JLS. Atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama e estratégias para a sua redução. *Revista Femina.* 2012; 40(1):30-36.
35. Santiago MO, Guedes VR, Pranchevicius MCS. Perfil imunofenotípico como fator prognóstico no câncer de mama. *Rev Pat Tocantins.* 2014; 1(3): 21-26.
36. Delmonico L, Alves G, Amaral LFP. A biologia do câncer de mama e testes moleculares de prognóstico. *Revista HUPE.* 2015; 14(1):59-65.
37. Ferreira Filho DL, Ferreira NCFL, Pires GM, Nunes MJG, Lima MCA. Avaliação do impacto do status dos receptores hormonais e da proteína Her-2 no prognóstico do câncer de mama. *Rev Bras Mastologia.* 2011; 21(1):31-37.

4.2 Proposta de Artigo 2

**Estudo de sobrevida em mulheres idosas com câncer de mama
atendidas em um Centro de Referência do Espírito Santo**

4.2.1 Resumo

Introdução: O envelhecimento populacional é processo altamente individualizado e multidimensional, à medida que a idade média da população geral aumenta, de forma constante, a ocorrência de doenças que se manifestam tipicamente em pessoas idosas, incluindo o câncer. Dentre muitos, o cancro de mama é o tipo mais frequente entre o gênero feminino e a segunda causa de óbito nesse grupo em todo o mundo³. Em especial, a neoplasia da mama é um dos cancros mais comuns em mulheres idosas. **Objetivos:** Estimar a sobrevida das mulheres idosas com câncer de mama, atendidas em um hospital de referência oncológica no Espírito Santo, e a sua associação com algumas variáveis clínicas e sociodemográficas. **Metodologia:** Trata-se de um estudo de sobrevida, com utilização de dados secundários. Analisaram-se dados de mulheres idosas com diagnóstico de câncer de mama atendidas no Hospital Santa Rita de Cassia. Calculou-se o tempo de sobrevida em meses pelo método Kaplan-Meier para estimar o tempo de sobrevida geral e por estrato. Aplicou-se o teste Log Rank e o modelo multivariado de riscos proporcionais de Cox (Hazards Ratio - HR), utilizando o mesmo nível de significância de $\alpha=0,05$. **Resultados:** Neste estudo estimou-se o tempo médio de sobrevida em 130 meses para o período de 10 anos. Ao final percebe o risco de menor sobrevida em mulheres com encaminhamento de origem SUS, estadiamento inicial tardio, presença de metástase e positividade do marcador de estrogênio, ao passo que as variáveis faixa etária, raça/cor, anos de estudo, estado conjugal, ano de diagnóstico, presença de recidiva, marcador Her-2 e P53 não apresentaram significância estatística. **Conclusão:** O estudo aponta que idosas participantes do estudo com estadiamento avançado e origem do encaminhamento pelo SUS tiveram pior sobrevida em relação àquelas em estadiamento inicial e não SUS. Além disso, a ausência do receptor de estrogênio e a presença de metástase estiveram associadas à pior sobrevida nas pacientes analisadas. Com ênfase aos achados deste estudo, destaca-se a necessidade de ações intensivas de orientação e políticas de saúde que visem de modo específico o idoso portador dessa neoplasia.

Descritores: Neoplasias da mama. Sobrevida. Reabilitação. Saúde da Mulher.

4.2.2 Introdução

O envelhecimento populacional é processo altamente individualizado e multidimensional, presente em diversos países desenvolvidos e em desenvolvimento¹. A medida que a idade média da população geral desses países aumenta, de forma constante, a ocorrência de doenças que se manifestam tipicamente em pessoas idosas, incluindo o cancro².

O cancro de mama é o tipo mais frequente entre o gênero feminino e a segunda causa de óbito nesse grupo em todo o mundo³. Em especial, a neoplasia da mama é um dos cancros mais comuns em mulheres idosas, observa-se que quase metade dos casos incidentes ocorrem em mulheres acima de 65 anos e cerca 30% dos casos são diagnosticados com idade superior a 70 anos⁴. Nos Estados Unidos, o risco da doença em mulheres com menos de 40 anos é de 1 em 202; entretanto, esse risco aumenta para 1 em 26 para mulheres entre 40 e 60 anos de idade, e para um em cada 15 em idade superior a 70 anos⁵.

Apesar da magnitude da patologia nesse grupo, há pouca informação sobre as características do câncer de mama, opções de tratamento e sobrevida em idosos. Tal fato, deve-se a dificuldade de compreender as diferenças multifatoriais entre as doenças crônicas no idoso e em pacientes mais jovens, entre elas uma maior carga de comorbidades prévias, maiores limitações físicas, menor expectativa de vida, entre outros⁶.

Embora pouco se saiba sobre a patologia e biologia do câncer de mama em pacientes mais velhos, alguns estudos clínicos mostraram que as mulheres que desenvolvem câncer de mama em uma idade avançada têm menos doença agressiva e diminuição do risco de recorrência⁷. Em contraste, alguns estudos demonstraram uma característica mais severa da doença devido a certas peculiaridades inerentes ao idoso⁸.

Diante do exposto, o estudo propõe estimar a sobrevida das mulheres idosas com câncer de mama, atendidas em um hospital de referência oncológica no Espírito Santo, e a sua associação com algumas variáveis clínicas e sociodemográficas

4.2.3 Metodologia

Trata-se de um estudo de sobrevida, com utilização de dados secundários. Analisaram-se dados de mulheres com idade ≥ 60 anos e diagnóstico de câncer de mama atendidas no Hospital Santa Rita de Cassia e cadastrada no Sistema de Informação em Saúde – Registro Hospitalar de Câncer (SIS-RHC), no período entre 1 de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2010.

O HSRC é um hospital de referência oncologia no estado do Espírito Santo. Atua como Centro de Atendimento de Alta Complexidade em Oncologia (CACONs), conforme estabelecido pela Portaria nº 741 (19 de dezembro de 2005), com caráter filantrópico e privado.

A amostra do estudo iniciou com 1.629 casos de idosas com câncer de mama, que atendiam o critério de seleção estabelecido. Desse total, excluíram-se do estudo 292 por apresentarem prontuário incompleto, impedindo a busca pelo estadiamento inicial, 14 por apresentarem mais de 1 tumor primário de mama e 35 por realizaram o tratamento no particular. Ao final do processo, definiu-se a amostra final, com 964 mulheres idosas com câncer de mama.

As pacientes inclusas neste estudo foram classificadas em “PREMMA”, que correspondia as que participavam do PREMMA (Programa de Reabilitação de Mulheres Mastectomizadas) e “Não PREMMA”, as que não participavam do programa. Adotou-se esta estratificação para compreender a importância do PREMMA na mortalidade das pacientes. Os dados foram pareados por ano de diagnóstico (2000 a 2002, 2003 a 2005, 2006 a 2008 e 2009 a 2010), estadiamento (precoce, I e II e tardio, III e IV) e faixa etária (60 a 69 anos, 70 a 79 anos e 80 anos e mais). Adotou-se a proporção máxima de 4:1 e mínima de 1:1 de pacientes NÃO PREMMA e PREMMA, respectivamente. Para o pareamento, nos casos de proporções acima de 4:1, foram sorteadas as mulheres para participação. Neste sorteio, 262 mulheres não foram incluídas na amostra.

Os dados foram obtidos por meio das informações contidas na Ficha de Registro de Tumor e consulta aos prontuários. Para a execução da coleta no prontuário elaborou-se um instrumento específico permitindo a coleta das seguintes variáveis:

Identificação do paciente, estadiamento clínico (EC),; ocorrência de recidiva local e metástase, primeiro tratamento, receptor de estrógeno (RE), receptor de progesterona (RP), marcador tumoral Her-2, marcador tumoral P53, data do desfecho (óbito, última consulta).

Ao todo analisou-se 15 variáveis: idade ao diagnóstico, raça/cor, grau de instrução, estado conjugal, origem do encaminhamento, grupo de participação, receptor de estrógeno, receptor de progesterona, marcador tumoral c-erbB-2, marcador tumoral P53, estadiamento, ocorrência de metástase, ocorrência de recidiva, estadiamento clínico inicial.

As informações acerca dos óbitos (data e causa) foram obtidos através do banco de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do estado do Espírito Santo. As demais variáveis foram encontradas no banco de dados SIS-RHC baseado na Ficha de Registro de Tumor: Faixa etária, raça/cor da pele, anos de estudo, estado conjugal, procedência, origem do encaminhamento, diagnóstico e tratamento anteriores, EC, e tipo de tratamento.

Foram atribuídas ao câncer de mama os casos de óbitos onde houve especificação da causa básica de morte como C50 e suas derivações (C50.1, C50.2, C50.3, C50.4, C50.5, C50.6, C50.8, C50.9), segundo a 10.^a edição da Classificação Internacional de Doenças, aprovada no ano de 1989 e com aprovação atualizada em 2008, mantendo o CID C50 referente ao tumor da mama.

Para a identificação dos óbitos relacionou-se o banco de dados elaborado para a pesquisa com o banco de dados do SIM referente ao período 2000-2015, utilizou-se as variáveis nome do paciente, nome da mãe e data de nascimento, para a comparação.

Calculou-se o tempo de sobrevida em meses, iniciando na data do diagnóstico até o óbito por causa básica de cancro mamário, sinalizado como o evento de interesse, ou data da última consulta ou óbito por outras causas, ambas as situações consideradas como censura. Nos casos de pacientes ainda vivos, utilizou-se como data final a última consulta registrada no prontuário.

Utilizou-se o método Kaplan-Meier para estimar o tempo de sobrevida geral e por estrato, de acordo com as categorias de cada variável. Aplicou-se o teste Log Rank,

para a comparação entre as curvas de sobrevida acumulada e para testar a significância estatística das diferenças entre os grupos.

Adotou-se o modelo multivariado de riscos proporcionais de Cox (Hazards Ratio - HR) com o objetivo de verificar o efeito independente das variáveis do estudo, utilizando o mesmo nível de significância de $\alpha=0,05$. Para a análise estatística foi utilizado o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 18.0.

Esta pesquisa encontra-se em consonância com as determinações éticas previstas na Resolução nº466 de 12 de dezembro de 2012 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa e foi aprovada pelo Centro de Ensino e Pesquisa do HSRC/Afecc e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), sob o nº de parecer: 1.424.089, em 25 de fevereiro de 2016.

4.1.4 Resultados

Neste estudo ocorreram 277 óbitos por câncer de mama. Notou-se o tempo mínimo de 2 meses, máximo 190 meses aproximadamente. Estimou-se o tempo médio de sobrevida em 130 meses (IC de 95% de 125,2 a 136,04). A Figura 1, abaixo apresenta a função de sobrevida acumulada calculada pelo método de Kaplan-Meier:

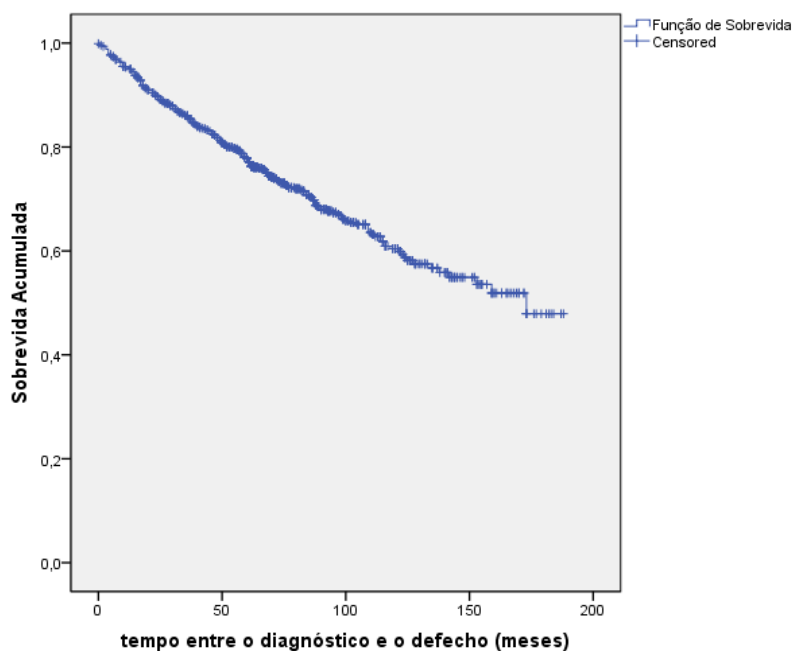


Figura 1: Curva de sobrevida global das pacientes iosas com câncer de mama diagnosticadas e atendidas no Hospital Santa Rita de Cássia no período de 1º de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2010.

Nota-se na Tabela 1, a associação das variáveis sociodemográficas e clínicas com o tempo de sobrevida dos casos estudados. Os resultados do teste Log-Rank apontam que as variáveis, grupo (PREMMA) e marcador P53 não apresentaram diferença estatística na sobrevida. Por outro lado, observou-se que as variáveis faixa etária (0,005), raça/cor (0,017), anos de estudo (0,001), estado conjugal (0,003), Origem do encaminhamento (0,001), ano do diagnóstico (0,003), Estadiamento inicial (0,001), presença de metástase (0,001), presença de recidiva (0,019), receptor de estrogênio (0,001), receptor de progesterona (0,012) e marcador Her-2 (0,025) apresentaram diferença estatisticamente significativa entre suas categorias.

Tabela 1: Análise de Sobrevida bivariada para o desfecho óbito por de câncer de mama (Kaplan-Meier e teste log-rank) em mulheres idosas com câncer de mama, cadastradas no Hospital Santa Rita de Cássia no período de 1º de Janeiro de 2000 a 31 de Dezembro de 2010.

| Variável | Categoria | N | óbitos | tempo sobrevida | | | log-rank p-valor |
|--------------------------|---------------------------|-----|--------|-----------------|--------|--------|---------------------|
| | | | | Média | LI 95% | LS 95% | |
| Total | | 964 | 277 | 130,8 | 125,2 | 136,4 | |
| Faixa Etária | 60 a 69 anos | 619 | 165 | 137,1 | 130,4 | 143,7 | 0,005 |
| | 70 a 79 anos | 268 | 84 | 120,8 | 109,8 | 131,7 | |
| | 80 anos e mais | 77 | 28 | 105,3 | 86,8 | 123,8 | |
| Raça Cor | Branca | 430 | 112 | 136,8 | 129,0 | 144,5 | 0,017 |
| | Não Branca | 529 | 164 | 125,3 | 117,3 | 133,3 | |
| Anos de Estudo | até 8 anos | 699 | 229 | 125,3 | 118,9 | 131,8 | 0,001 |
| | 9 anos e mais | 183 | 33 | 144,2 | 132,1 | 156,3 | |
| Estado Conjugal | Casado | 374 | 83 | 143,2 | 134,6 | 151,8 | 0,003 |
| | Solteiro | 225 | 69 | 129,5 | 118,6 | 140,5 | |
| | Viúvo | 240 | 82 | 116,2 | 104,8 | 127,5 | |
| | Separado Judicialmente | 120 | 41 | 120,6 | 107,7 | 133,5 | |
| Origem do Encaminhamento | SUS | 467 | 163 | 122,5 | 114,5 | 130,4 | 0,001 |
| | Não SUS | 337 | 71 | 137,7 | 128,9 | 146,5 | |
| Ano do Diagnóstico | 2000 a 2002 | 272 | 84 | 136,7 | 127,9 | 145,5 | 0,003 |
| | 2003 a 2005 | 295 | 110 | 108,1 | 100,3 | 115,9 | |
| | 2006 a 2008 | 259 | 61 | 94,2 | 89,5 | 98,9 | |
| | 2009 a 2010 | 138 | 22 | 79,1 | 74,9 | 83,4 | |
| Grupo | PREMMA | 260 | 83 | 133,0 | 123,7 | 142,3 | 0,514 |
| | Não PREMMA | 704 | 194 | 129,9 | 122,9 | 136,9 | |
| Estadiamento Inicial | Precoce (até II) | 649 | 109 | 152,4 | 146,3 | 158,5 | 0,001 |
| | Tardio (III e IV) | 315 | 168 | 82,9 | 74,4 | 91,4 | |
| Metástase | Não | 602 | 96 | 153,7 | 147,3 | 160,1 | 0,001 |
| | Sim | 197 | 161 | 55,9 | 49,2 | 62,6 | |
| Recidiva | Não | 761 | 229 | 128,5 | 122,2 | 134,8 | 0,019 |
| | Sim | 26 | 17 | 91,0 | 74,9 | 107,0 | |
| Estrogênio | Negativo | 143 | 54 | 106,6 | 93,5 | 119,8 | 0,001 |
| | Positivo | 716 | 192 | 133,6 | 127,0 | 140,1 | |
| Progesterona | Negativo | 205 | 70 | 114,9 | 103,8 | 126,0 | 0,012 |
| | Positivo | 648 | 176 | 132,9 | 125,9 | 139,8 | |
| ErbB2 | Negativo | 665 | 179 | 131,8 | 124,8 | 138,8 | 0,025 |
| | Positivo | 128 | 48 | 112,7 | 99,6 | 125,7 | |
| P53 | Negativo | 205 | 67 | 122,9 | 111,8 | 134,0 | 0,071 |
| | Positivo | 57 | 24 | 103,9 | 83,8 | 124,0 | |

Na análise multivariada (Tabela 2), observa-se o resultado dos os cálculos do *hazard ratio* não ajustado e ajustado Modelo 1 e 2 (Tabela 3) pela regressão multivariado de

Cox. Na análise Bruta, foram inseridos todas as variáveis com significância no teste anterior. Observa-se que houve a permanência de significância em todas as variáveis.

Identificou-se um maior risco de menor sobrevida na faixa etária 80 anos e mais (1,76 vezes) e 70 a 79 anos (1,36 vezes), raça/cor não branca (1,34 vezes), encaminhada do SUS (1,67 vezes), baixa escolaridade (1,87 vezes), Estado conjugal divorciado(1,47 vezes) e viúvo (1,77), estadiamento tardio (4,78 vezes), presença de metástase (8,04 vezes), presença de recidiva (1,79 vezes) e marcadores tumorais progesterona e estrogênio negativos (1,74 e 1,42 vezes) e Her-2 positivo (1,44 vezes).

Tabela 2. Análise multivariada de Sobrevida (*Hazard Ratio* bruto) para o desfecho de óbito por câncer de mama em mulheres idosas com câncer de mama, cadastradas no Hospital Santa Rita de Cássia no período de 1º de Janeiro de 2000 a 31 de Dezembro de 2010.

| Variável | Categoria | Hazard ratio não ajustado | | | |
|--------------------------|------------------------|---------------------------|------------|--------|--------|
| | | p-valor | estimativa | LI 95% | LS 95% |
| faixa etária | 60 a 69 anos | | 1,00 | | |
| | 70 a 79 anos | 0,023 | 1,36 | 1,04 | 1,76 |
| | 80 anos e mais | 0,006 | 1,76 | 1,18 | 2,63 |
| raça cor | Branca | | 1,00 | | |
| | não branca | 0,018 | 1,34 | 1,05 | 1,70 |
| anos de estudo | até 8 anos | 0,001 | 1,87 | 1,30 | 2,70 |
| | 9 anos e mais | | 1,00 | | |
| estado conjugal | Casado | | 1,00 | | |
| | Solteiro | 0,058 | 1,36 | 0,99 | 1,88 |
| | Viúvo | 0,000 | 1,77 | 1,30 | 2,40 |
| | separado judicialmente | 0,044 | 1,47 | 1,01 | 2,14 |
| Origem do encaminhamento | Sus | 0,000 | 1,67 | 1,27 | 2,21 |
| | não sus | | 1,00 | | |
| Estadiamento inicial | precoce (até II) | | 1,00 | | |
| | tardio (III e IV) | 0,000 | 4,78 | 3,75 | 6,10 |
| Metástase | Não | | 1,00 | | |
| | Sim | 0,000 | 8,04 | 6,23 | 10,38 |
| Recidiva | Não | | 1,00 | | |
| | Sim | 0,021 | 1,79 | 1,09 | 2,93 |
| Estrogênio | Negativo | 0,000 | 1,74 | 1,29 | 2,36 |
| | Positivo | | 1,00 | | |
| Progesterona | Negativo | 0,013 | 1,42 | 1,08 | 1,88 |
| | Positivo | | 1,00 | | |
| Her-2 | Negativo | | 1,00 | | |
| | Positivo | 0,026 | 1,44 | 1,04 | 1,98 |

Na análise ajustada “modelo 1”, observa-se a permanência de significância estatística na variável anos de estudo, estado conjugal, origem do encaminhamento e ano do diagnóstico. Observa-se um maior risco de menor sobrevida em mulheres com baixa escolaridade (1,52 vezes), viúvas (1,87), com origem de encaminhamento do SUS (1,61 vezes).

Tabela 3. Análise multivariada de Sobrevida (*Hazard Ratio* ajustado Modelo 1 e 2 pela regressão de Cox) para o desfecho de óbito por câncer de mama em mulheres idosas com câncer de mama, cadastradas no Hospital Santa Rita de Cássia no período de 1º de Janeiro de 2000 a 31 de Dezembro de 2010.

| Variável | Categoria | Hazard ratio ajustado Cox Modelo 1 | | | | Hazard ratio ajustado Cox Modelo 2 | | | |
|--------------------------|------------------------|------------------------------------|------------|--------|--------|------------------------------------|------------|--------|--------|
| | | p-valor | Estimativa | LI 95% | LS 95% | p-valor | estimativa | LI 95% | LS 95% |
| Faixa Etária | 60 a 69 Anos | | 1,00 | | | | 1,00 | | |
| | 70 a 79 Anos | 0,595 | 1,09 | 0,80 | 1,48 | 0,244 | 1,24 | 0,86 | 1,80 |
| | 80 nos e mais | 0,170 | 1,41 | 0,86 | 2,32 | 0,297 | 1,35 | 0,77 | 2,35 |
| Raça Cor | Branca | | 1,00 | | | | 1,00 | | |
| | Não Branca | 0,287 | 1,16 | 0,88 | 1,54 | 0,886 | 1,02 | 0,73 | 1,43 |
| Anos de Estudo | Até 8 Anos | 0,048 | 1,52 | 1,00 | 2,31 | 0,437 | 1,21 | 0,75 | 1,93 |
| | 9 Anos E Mais | | 1,00 | | | | 1,00 | | |
| Estado Conjugal | Casado | | 1,00 | | | | 1,00 | | |
| | Solteiro | 0,548 | 1,12 | 0,77 | 1,62 | 0,941 | 1,02 | 0,66 | 1,56 |
| | Viúvo | 0,000 | 1,87 | 1,32 | 2,64 | 0,085 | 1,44 | 0,95 | 2,19 |
| | Separado Judicialmente | 0,857 | 1,04 | 0,66 | 1,64 | 0,914 | 1,03 | 0,61 | 1,74 |
| Origem do Encaminhamento | Sus | 0,003 | 1,61 | 1,18 | 2,21 | 0,014 | 1,57 | 1,10 | 2,26 |
| | Não Sus | | 1,00 | | | | 1,00 | | |
| Ano do Diagnóstico | 2000 a 2002 | 0,777 | 1,08 | 0,63 | 1,86 | 0,910 | 0,97 | 0,54 | 1,73 |
| | 2003 a 2005 | 0,108 | 1,53 | 0,91 | 2,56 | 0,580 | 0,85 | 0,49 | 1,50 |
| | 2006 a 2008 | 0,859 | 1,05 | 0,60 | 1,83 | 0,933 | 1,03 | 0,57 | 1,83 |
| | 2009 a 2010 | | 1,00 | | | | 1,00 | | |
| Estadiamento Inicial | Precoce (Até II) | | | | | | 1,00 | | |
| | Tardio (III e IV) | | | | | 0,000 | 2,38 | 1,66 | 3,41 |
| Metástase | Não | | | | | | 1,00 | | |
| | Sim | | | | | 0,000 | 5,83 | 4,07 | 8,37 |
| Recidiva | Não | | | | | | 1,00 | | |
| | Sim | | | | | 0,427 | 0,77 | 0,41 | 1,45 |
| Estrogênio | Negativo | | | | | 0,038 | 1,89 | 1,04 | 3,44 |
| | Positivo | | | | | | 1,00 | | |
| Progesterona | Negativo | | | | | 0,720 | 0,90 | 0,51 | 1,59 |
| | Positivo | | | | | | 1,00 | | |
| ErbB2 | Negativo | | | | | | 1,00 | | |
| | Positivo | | | | | 0,810 | 1,05 | 0,70 | 1,57 |

No “modelo 2”, ao inserir as variáveis proximais, permaneceram com significância estatística apenas origem do encaminhamento SUS (1,57 vezes), acrescidas pelas variáveis clínicas, que apresentaram significância: estadiamento clínico agrupado, metástase e receptor de estrogênio. Ao final percebe um maior risco de baixa sobrevida em mulheres com caminamento de origem SUS (1,57 vezes), estadiamento inicial tardio (2,38 vezes), presença de metástase (5,83 vezes) e positividade do marcador de estrogênio (1,89 vezes), ao passo que as variáveis faixa etária, raça/cor, anos de estudo, estado conjugal, ano de diagnóstico, presença de recidiva, marcador Her-2 e P53 não apresentaram significância estatística.

Na Figura 2, pode-se observar a diferença de sobrevida entre as classes das variáveis que apresentaram diferenças estatisticamente significantes:

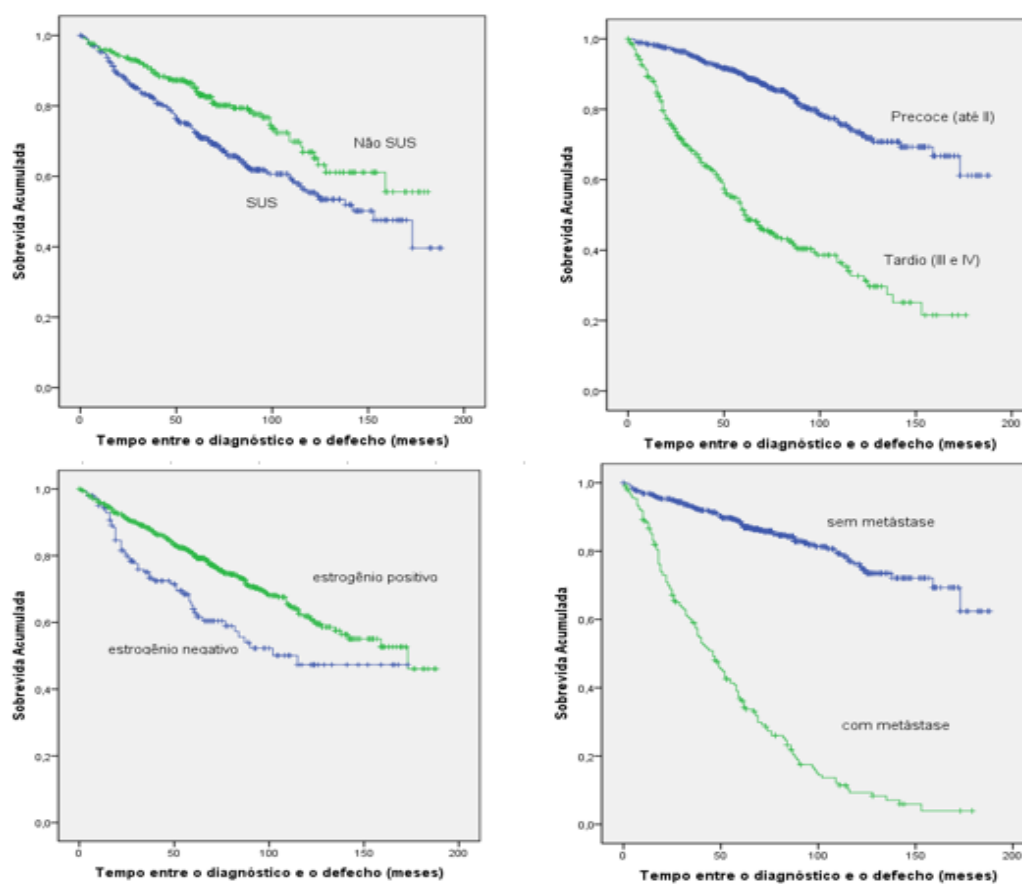


Figura 2: Curvas de sobrevida das mulheres idosas com câncer de mama, cadastradas no Hospital Santa Rita de Cássia no período de 1º de Janeiro de 2000 a 31 de Dezembro de 2010 segundo as variáveis estatisticamente significantes: (a) Origem do Encaminhamento, (b) Estadiamento inicial, (c) Receptor de Estrogênio e (d) presença de metástase.

4.2.5 Discussão

O câncer de mama é uma neoplasia, mundialmente comum entre mulheres idosas, ainda assim, existem poucas pesquisas sobre a sobrevida nesse público⁵. Neste estudo a maior parte das mulheres avaliadas tinha entre 60-69 anos de idade, raça/cor não branca e baixa escolaridade. As mulheres mais jovens demonstraram maior tempo médio de sobrevida e à medida que a idade avançou o tempo médio de sobrevida em meses diminuiu.

Nota-se o aumento da idade esteve associado a uma pior sobrevida, onde pacientes com idade entre 70-79 anos demonstraram ter 1,36 maior chance de pior sobrevida que mulheres com idade entre 60-69 anos. E pacientes 80 anos ou mais, demonstraram ter 1,76 maior chance de redução da sobrevida. Em concordância com o encontrado neste estudo, um outro realizado nos EUA, usando dados do SEER - Medicare do Instituto Nacional do Câncer, mostrou que o risco de morrer de cancro da mama aumenta significativamente com a idade para as mulheres ≥ 80 anos em comparação com as mulheres mais jovens⁹.

Nesse sentido, a idade no momento do diagnóstico e o prognóstico da sobrevida para mulheres com câncer de mama, mas a faixa etária tem sido investigada e evidenciada em muitos estudos como um fator preponderante na melhora ou piora do prognóstico para essa doença⁸. Alguns estudos. Indicam, por exemplo, que mulheres diagnosticadas após os 65 anos apresentam uma diminuição importante da sobrevida quando comparadas às mais jovens^{10,11}.

No que se refere à escolaridade, esse estudo demonstra que mulheres com menos de 8 anos de estudo têm cerca de 19 meses a menos de sobrevida do que mulheres com mais de 8 anos de estudo. O baixo nível de escolaridade está vinculado a falta de informação, inclusive sobre métodos de prevenção e detecção precoce. Essas mulheres tendem a ter mais dificuldade de acesso aos serviços básicos de saúde, como exemplo o exame clínico das mamas e a mamografia, fazendo o exame com menor frequência. Como consequência, são propensas a maiores prevalências de câncer de mama, diagnóstico tardio¹².

Quando analisado a variável raça/cor observa-se que pacientes não brancas têm 1,3 vezes mais chance de ter pior sobrevida. Outro estudo realizado em Santa Catarina com 1001 mulheres, apontou que mulheres de outra cor/raça tinham 1,8 vezes pior sobrevida que as mulheres brancas¹³. O achado confirma que a raça/cor é um fator importante na sobrevida de pacientes com câncer de mama e pode ser explicado pela disparidade de raças existente no Brasil, refletindo na diferença no acesso a serviços de boa qualidade e resolutividade, tempo prolongado até o diagnóstico e tratamentos¹⁴.

Na amostra final do estudo, quando analisado os resultados encontrados a regressão de cox, observa-se que as variáveis Origem do encaminhamento, estadiamento inicial, metástase e receptor de estrogênio.

Achados na literatura demonstram que o estadiamento atua como importante fator para prognósticos da doença, diretamente relacionado com a sobrevida das mulheres com câncer de mama¹⁵. Neste estudo as pacientes com estadiamento inicial tardio demonstraram aproximadamente 4 vezes maior chance de pior sobrevida do que as pacientes com estadiamento inicial precoce.

A metástases ocorreu em 161 mulheres. Entre essas 81% foram a óbito. Nesse estudo, mulheres com metástase apresentaram 5 vezes maior chance de pior sobrevida do que as mulheres sem metástase. A ocorrência de metástase e recidiva está diretamente relacionada à diminuição da sobrevida e pior prognóstico¹⁵.

Neste estudo encontrou-se associação entre o receptor de estrogênio negativo (RE -) a 1,89 vezes menor sobrevida. Vários estudos sobre a biologia tumoral da doença mostram que mulheres com RE positivos possuem maiores índices de sobrevida e melhor resposta a tratamentos hormonais. Em pacientes mais velhos, geralmente, são encontrados receptores de estrogênio positivos (ER +), que são fatores preditivos de resposta a terapias hormonais.

4.2.6 Conclusão

Os achados deste estudo encontram-se de acordo com os dados visto na literatura. Desse modo, o estudo aponta que as mulheres idosas com câncer de mama com estadiamento avançado e origem do encaminhamento pelo SUS tiveram pior sobrevida em relação àquelas em estadiamento inicial e não SUS. Além disso, a ausência do receptor de estrogênio e a presença de metástase estiveram associadas à pior sobrevida nas pacientes analisadas. Por fim, notou-se que a redução da sobrevida esteve associada ao envelhecimento.

Nesse sentido é necessário o incentivo a realização de estudos que confirmem que os fatores múltiplos e que assumem papel importante na sobrevivência das mulheres idosas com câncer de mama. É válido, também, ressaltar a necessidade de criar políticas de saúde que visem de modo específico o idoso portador dessa neoplasia.

4.2.7 Referências

1. Brito MCC, Freitas CASL, Mesquita KO, Lima GK. Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde pública: análise da produção científica. *Revista Kairós Gerontologia*. 2013; 16(3):161-178.
2. Malta DC, Cezário AC, Moura L, Morais Neto OL, Silva Junior JB. A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2006; 15(3):47-65.
3. Bray F. Transitions in human development and the global cancer burden. In: Wild CP, Stewart B, eds. *World cancer report 2014*. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2014.
4. Dimitrakopoulos FID, Kottorou A, Antonacopoulou AG, Makatsoris T, Kalofonos HP. Early-Stage Breast Cancer in the Elderly: Confronting an Old Clinical Problem. *Journal of Breast Cancer*. 2015; 18(3):207-217.
5. Cappellani A, Vita MD, Zanghì A, Cavallaro A, Piccolo G, Majorana M, et al. Prognostic factors in elderly patients with breast cancer. *BMC surg.* (Online). 2013; 13(2): 1-12.
6. Tesarova P. Breast cancer in the elderly—Should it be treated differently? *Reports of Practical Oncology and Radiotherapy*. 2013; 18(1):26-33.
7. İnal A, Akman T, Yaman S, Ozturk SC, Geredeli C, Bilici M et al. Pathologic and clinical characteristics of elderly patients with breast cancer: a retrospective analysis of a multicenter study (Anatolian Society of Medical Oncology). *International Surgery*. 2014;99(1):2-7.
8. Schonberg MA, Marcantonio ER, Li D, Silliman RA, Ngo L, EP McCarthy. Breast cancer among the oldest old: tumor characteristics, treatment choices, and survival. *Jornal de Oncologia Clínica*. 2010; 28(12): 2038-2045.

9. Yao L, Zhang YX, Wang LH, Zhang XY, Yan W, Pang D. Breast cancer in 65-year-old or older patients: clinicopathological characteristics and prognosis. *Onkologie*. 2012; 35(6):358-61.
10. Ferreira DB, Mattos IF. Tendência da mortalidade por câncer de mama em mulheres no estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1996-2011. *Ciênc. saúde coletiva*. 2015; 20(3):895-903.
11. Höfelmann DA, Anjos JC, Ayala ALi. Sobrevida em dez anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Joinville, Santa Catarina, Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2014 ; 19(6): 1813-1824.
12. Rêgo IKP, Nery IS. Acesso e Adesão ao Tratamento de Mulheres com Câncer de Mama Assistidas em um Hospital de Oncologia. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 2013; 59(3): 379-390.
13. Schneider IJC, d'Orsi E. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25(6):1285-1296.
14. Buitrago F, Uemura G, Sena MCF. Fatores prognósticos em câncer de mama. *Com. Ciências Saúde*. 2011;2(1): S69-S82.
15. Silva PA, Riul SS. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. *Rev. bras. enferm*. 2011; 64(6): 1016-1021.
16. Delmonico L, Alves G, Amaral LFP. A biologia do câncer de mama e testes moleculares de prognóstico. *Revista HUPE*. 2015;14 (1):59-65.
17. Ferreira Filho DL, Ferreira NCFL, Pires GM, Nunes MJG, Lima MCA. Avaliação do impacto do status dos receptores hormonais e da proteína Her-2 no prognóstico do câncer de mama. *Rev Bras Mastologia*. 2011;21(1):31-37.

ANDERSEN, B.L. et al. Distress Reduction from a Psychological Intervention Contributes to Improved Health for Cancer Patients. *Brain, behavior, and immunity* 21.7 (2007): 953–961. PMC. Web. 23 Maio 2017.

ARRUDA, R. L. et al. Prevenção do câncer de mama em mulheres atendidas em Unidade Básica de Saúde. **Revista Rene**, Maranhão, v. 16, n. 2, p. 143-9, mar.- abr., 2015.

ASSIS, C.F.; MAMEDE, M. A mamografia e seus desafios: fatores socioeducacionais associados ao diagnóstico tardio do câncer de mama. *Iniciação Científica – CESUMAR*, Minas Gerais, v. 18, n. 1, p. 63-7, jan.- jun. 2016.

AYALA, A.L. M. Sobrevida de mulheres com câncer de mama, de uma cidade no sul do Brasil. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 4, p. 566-570, 2012.

BAILUR, J.K. et al. Immune profiles of elderly breast cancer patients are altered by chemotherapy and relate to clinical frailty. **Breast Cancer Res.**, v.19, n.1, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Documento do consenso do controle do câncer de mama**. Rio de Janeiro: INCA, 2004.

BRASIL. Organização Pan-Americana da Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília-DF, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Educação. **ABC do Câncer: Abordagens básicas para o controle de câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2012.

BRASIL. Lei nº 12372, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 23 nov.2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Caderno de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Câncer de mama: é preciso falar disso**. Rio de Janeiro: INCA, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2014: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro Internacional de Longevidade Brasil. **Envelhecimento ativo: um marco político em resposta à revolução da longevidade.** Rio de Janeiro, Brasil, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). **Informativo Detecção Precoce.** Boletim ano 6, nº 3, setembro/dezembro 2015. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Disponível em: http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/informativo_numero3_2015.versao_2016.pdf. Acessado em: 06 Jul 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>. Acesso em: 06 Jul 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa2016: Incidência de Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2016.

BRITO, C.M.M.; LOURENÇÃO, M.I.P.; SAUL, M.; BAZAN, M.; OTSUBO, P.P.S.; IMAMURA, M. et al. Câncer de mama: reabilitação. **Acta Fisiátr.**, v.19, n.2, p. 66-72, 2012.

DIOGO, M.J.D´E.; CEOLIM, M.F.; CINTRA, F.A. Implantação do Grupo de Atenção à Saúde do Idoso (GRASI) no Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas (SP): relato de experiência. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 85-90, out. 2000 .

FARINHAS, G.V.; WENDLING, M.I.; DELLAZZANA-ZANON, L.L. Impacto psicológico do diagnóstico de câncer na família: um estudo de caso a partir da percepção do cuidador. **Pensando fam.**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 111-129, dez. 2013.

FERLAY J. et al. **GLOBOCAN 2012: Cancer incidence and mortality worldwide.** Lyon, France: International Agency for Researchon Cancer, 2013.

GARCIA, S.N. et al. Quality of life domains affected in women with breast cancer. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.36, n.2, p. 89-96, jun 2015.

GUERRA, M.R. et al. Sobrevida por câncer de mama e iniquidade em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.31, n.8, p.1673-1684, ago. 2015.

HISSE, C.N. et al. Caracterização dos pacientes de quimioterapia e hormonioterapia de uma unidade de oncologia. **R. Enferm. Cent. O. Min**, Minas Gerais, v.4, n.2, p.1185-1193, maio/ago 2014.

HÖFELMANN, D. A.; ANJOS, J. C.; AYALA, A. L. Sobrevida em dez anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Joinville, Santa Catarina, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 6, p. 1813-1824, 2014.

LUCHESI, B.M. et al. Family of the elderly with cancer: living with the difficulties. **R. pesq.: cuid. fundam. [online]**, v. 5, n. 5, p.1-7, sep. 2013. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1503>>. Acesso em: 06 Jul. 2016.

MEDEIROS, G. C. et al. Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p.1269-1282, jun. 2015 .

OLIVEIRA, M.S; FERNANDES, A.F.C.; SAWADA, N.O. Manual educativo para o autocuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. **Texto contexto - enferm.**, Santa Catarina, v. 17, n. 1, p. 115-123, 2008.

OLYMPPIO, P.C.A.P.; AMORIM, M.H.C.; LIMA, E.F.A. Estresse e resposta imunológica em mulheres mastectomizadas durante o tratamento com tamoxifeno. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 15-20, 2012.

OLYMPPIO, P.C.A.P.; LIMA, E.F. A.; AMORIM, M. H. C. **Mulher mastectomizada: intervenção de enfermagem e atividade natural killer. Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 4, n. 1, 2014.

PEDERSEN, L. The prognostic influence of multifocality in breastcancer patients. **The Breast**, v. 13, p. 188-193, 2004.

PENHA, N. S. Perfil sócio demográfico e possíveis fatores de risco em mulheres com câncer de mama: um retrato da Amazônia. **Rev Ciênc Farm Básica Apl.**, Belém-PA, v. 34, n. 4, p. 579-584, 2013.

REGIS, M.F.S.; SIMÕES, S.M.F. Diagnóstico de câncer de mama: sentimentos, comportamentos e expectativas de mulheres. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 7, n. 1, dez. 2006. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/fen/article/view/851/1028>>. Acesso em: 06 jul. 2016.

RIBEIRO, R.A.; CALEFFI, M.; POLANCZYK, C.A. Custo-efetividade de um programa de rastreamento organizado de câncer de mama no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, supl. 1, p. s131-s145, 2013.

SANTOS, A.A; PAVARINI, S.C.I.; BRITO, T.R.P. Perfil dos idosos com alterações cognitivas em diferentes contextos de vulnerabilidade social. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 496-503, set. 2010 .

SILVESTRE, A. P. O idoso com câncer e como diminuir os riscos com o tratamento quimioterápico. **Gazeta do Povo**, 2014. Disponível em:

<<http://www.gazetadopovo.com.br/opiniaio/artigos/o-idoso-com-cancer-e-como-diminuir-riscos-no-tratamento-ebhd9o5pqynssmrhmkzjxdtfy>>. Acesso em: 14 out. 2015.

SOUZA, C. B. et al. Estudo do tempo entre o diagnóstico e início do tratamento do câncer de mama em idosas de um hospital de referência em São Paulo – Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v.20, n.12, p.3805-3816, 2015.

STEWART, B. W.; WILD, C. P. (Ed.). **World Cancer Report**: 2014. Lyon: IARC, 2014.

TEIXEIRA, M. Explicação diversa para a origem do câncer, com foco nos cromossomos, e não nos genes, ganha corpo no establishment científico. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 664-676, dez. 2007.

URBAN, L.A.B.D. Recomendações do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia para rastreamento do câncer de mama por métodos de imagem. **Radiol Bras**, v. 45, n. 6, p. 334-339, 2012.

VISENTIN, A.; LABRONICI, L.; LENARDT, M.H. Autonomia do paciente idoso com câncer: o direito de saber o diagnóstico. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 509-513, dez, 2007.

VISENTIN, A.; LENARDT, M.H. O itinerário terapêutico: história oral de idosos com câncer. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 486-492, 2010.

WELCH, H.G.; FRANKEL, B.A. Likelihood that a woman with screen-detected breast cancer has had her “life saved” by that screening. **Arch Intern Med.**, Chicago, v. 171, n. 22, p. 2043-2046, dec. 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Breast cancer**: prevention and control. 2014. Disponível em:<[http://www.who.int/cancer/detection/breast cancer/en/pdf](http://www.who.int/cancer/detection/breast%20cancer/en/pdf)>. Acesso em: 15 Dez 2011.

_____. **Relatório Mundial Sobre a Deficiência**. São Paulo, 2012.

_____. **World Health Assembly agrees resolutions on women, children and adolescents, and healthy ageing**. Geneva, 2016.

APENDICE A- INSTRUMENTO ELABORADO PARA COLETA DE DADOS

| PRONTUÁRIO | |
|---|---|
| <u>Identificação</u> | |
| Nº do Prontuário | MV: |
| Nome do Paciente: | |
| <u>Variáveis sobre o Diagnóstico</u> | |
| Estadiamento clínico inicial: | Recidiva Local: () Sim () Não |
| Data da Recidiva Local: ____/____/____ | Metástases a Distância: () Sim () Não |
| Nº Metástases: | Data da 1ª Metástase: :____/____/____ |
| Localização de Metástase: | |
| <u>Marcadores Tumorais</u> | |
| Estrogênio: () + () - | Progesterona: () + () - |
| Her: () + () - | Marcador tumoral c-erbB-2: () + () - |
| <u>Desfecho</u> | |
| Data do Desfecho:____/____/____ | Situação do paciente: () Óbitos por câncer de mama () Óbito por outras causas () Não óbito |
| Data da última consulta no hospital:____/____/____ | |
| Causa do Óbito: | |
| Data do Óbito:____/____/____ | |

SIM {

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DE SOBREVIVÊNCIA DAS MULHERES COM DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA MATRICULADAS EM UM PROGRAMA DE REABILITAÇÃO

Pesquisador: Samantha Helena Moraes

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 51107215.5.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.424.089

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva. Os pesquisadores objetivam testar a hipótese de que mulheres com câncer de mama matriculadas em um programa de reabilitação tem aumento da taxa de sobrevivência.

Objetivo da Pesquisa:

Descrever o perfil socioeconômico e clínico de mulheres participantes do Programa de Reabilitação para Mulheres Mastectomizadas desde o ano de 2000 até 2010 e associar com a mortalidade.

Comparar a mortalidade dos casos de mulheres idosas com câncer de mama atendidas no HSRC, matriculadas e não matriculadas no PREMMA, no período de 2000 a 2010.

Comparar a sobrevivência das mulheres com câncer de mama atendidas no HSRC, matriculadas e não matriculadas no PREMMA, no período de 2000 a 2010.

Comparar a sobrevivência das mulheres idosas com câncer de mama atendidas no HSRC, matriculadas e não matriculadas no PREMMA, no período de 2000 a 2010.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos, segundo os autores: " Este estudo apresenta baixos riscos, uma vez que será realizado com dados secundários, não há impedimento legal ou riscos eminentes a população

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES

Telefone: (27)3335-7211

Município: VITÓRIA

CEP: 29.040-091

E-mail: cep@ccs.ufes.br

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE/UFES



Continuação do Parecer: 1.424.089

estudada, exceto em caso de violação e divulgação da confidencialidade das informações contidas no registro. A fim de evitar maiores riscos, os pesquisadores do presente projeto se comprometem a manter sigilo em relação às informações coletadas através de prontuários e Fichas de Registro do Tumor de pacientes portadores de câncer de mama que estão ou estiveram em acompanhamento clínico no Hospital Santa Rita de Cássia durante o período compreendido entre os anos de 2000 a 2010. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas para execução do presente projeto e seus desdobramentos de pesquisa. Tais dados somente poderão ser divulgados de forma anônima e serão armazenados por um período de dez anos. Após este período, os dados serão destruídos.

Em relação aos benefícios, os autores descrevem que: "A realização deste estudo possibilita ampliar o conhecimento a cerca de programas de reabilitação e aumento da sobrevida em mulheres com câncer de mama, embasar boas práticas de reabilitação na área da saúde permitindo aos profissionais atuar de maneira competente e integrada. Busca nortear novos estudos na área da saúde propiciando assim um melhor manuseio aos cuidados de mulheres portadores de câncer de mama, bem como subsídios para criação de políticas públicas voltada à saúde da população alvo. E contribuir para a melhoria da saúde da nossa população.

Os riscos e benefícios atendem a Res. CNS 466/12

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de uma emenda onde os pesquisadores comunicam a exclusão da colaboradora Núbia Lara Namir Lopes do projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto devidamente preenchida e assinada

Termo de sigilo apresentado e devidamente assinada

Cronograma devidamente apresentado

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto previamente aprovado. Comunica apenas a exclusão da colaboradora Núbia Lara Namir Lopes.

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES

Telefone: (27)3335-7211

Município: VITORIA

CEP: 29.040-091

E-mail: cep@ccs.ufes.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES**



Continuação do Parecer: 1.424.089

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--------------------------------------|------------------------|------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_644359 E1.pdf | 17/12/2015 17:52:37 | | Aceito |
| Outros | Autorizacao.pdf | 30/11/2015 22:58:28 | Samantha Helena Moraes | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | termo.pdf | 17/11/2015 09:48:17 | Samantha Helena Moraes | Aceito |
| Folha de Rosto | folha_de_rosto.pdf | 17/11/2015 01:00:39 | Samantha Helena Moraes | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_pdf.pdf | 10/11/2015 00:11:25 | Samantha Helena Moraes | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

VITORIA, 25 de Fevereiro de 2016

Assinado por:
Cinthia Furst Leroy Gomes Bueloni
(Coordenador)

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

UF: ES


Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

CEP: 29.040-091

E-mail: cep@ccs.ufes.br

ANEXO B- FICHA DE REGISTRO DO TUMOR DO HOSPITAL SANTA RITA DE CÁSSIA



FICHA DE REGISTRO DE TUMOR

FORM.001 RC

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

01 - NÚMERO DO PRONTUÁRIO: _____

02 - NÚMERO DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL: _____

04 - NOME COMPLETO DO PACIENTE: _____

05 - NOME COMPLETO DA MÃE: _____

03 - TIPO DE DOCUMENTO

☐ 1- Cartão SUS
☐ 2- CPF
☐ 3- Identidade (RG)
☐ 4- Título de eleitor

☐ 5- PIS/PASEP
☐ 6- Certidão de nascimento
☐ 7- Outro
☐ 9- Sem informação

06 - SEXO

☐ 1- Masculino
 ☐ 2- Feminino

07 - DATA DO NASCIMENTO

08 - IDADE NA DATA DA PRIMEIRA CONSULTA

09 - LOCAL DE NASCIMENTO

10 - RAÇA / COR DA PELE

☐ 1- Branca
☐ 2- Preta
☐ 3- Amarela
☐ 4- Parda
☐ 5- Indígena
☐ 9- Sem informação

11 - ESCOLARIDADE NA ÉPOCA DA MATRÍCULA

☐ 1- Nenhuma
☐ 2- Fundamental incompleto
☐ 3- Fundamental completo
☐ 4- Nível médio
☐ 5- Nível superior incompleto
☐ 6- Nível superior completo
☐ 9- Sem informação

12 - OCUPAÇÃO PRINCIPAL

13 - PROCEDÊNCIA (CÓDIGO DO IBGE)

ITENS DE LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE

14 - ENDEREÇO PERMANENTE: _____

15 - BAIRRO DA RESIDÊNCIA: _____

16 - CIDADE DA RESIDÊNCIA: _____

17 - UNIDADE DA FEDERAÇÃO DA RESIDÊNCIA: _____

18 - TELEFONE DE REFERÊNCIA: _____

19 - CEP DA RESIDÊNCIA: _____

20 - CORREIO ELETRÔNICO PARA CONTATO: _____

ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - DATA DA 1ª CONSULTA NO HOSPITAL:

22 - DATA DO PRIMEIRO DIAGNÓSTICO DO TUMOR

23 - DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO ANTERIORES

☐ 1- Sem diag./Sem trat.
☐ 2- Com diag./Sem trat.
☐ 3- Com diag./Com trat.
☐ 4- Outros
☐ 9- Sem informação

24 - BASE MAIS IMPORTANTE PARA O DIAGNÓSTICO DO TUMOR

☐ 1- Clínica
☐ 2- Pesquisa clínica
☐ 3- Exame por imagem
☐ 4- Marcadores tumorais
☐ 5- Citologia
☐ 6- Histologia da metástase
☐ 7- Histologia do tumor primário
☐ 9- Sem informação

ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO TUMOR

25 - LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO: _____

27 - TNM: _____

28.b - OUTRO ESTADIAMENTO (DIFERENTE DO TNM E IDADE ATÉ 18 ANOS)

26 - TIPO HISTOLÓGICO DO TUMOR PRIMÁRIO: _____ / _____

28.a - ESTADIAMENTO CLÍNICO DO TUMOR (TNM): _____

29 - pTNM: _____

30 - LOCALIZAÇÃO DE METÁSTASE A DISTÂNCIA

ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO PRIMEIRO TRATAMENTO

31 - CLÍNICA DO INÍCIO DE TRATAMENTO NO HOSPITAL

☐ ☐

32 - DATA DO INÍCIO DO PRIMEIRO TRATAMENTO ESPECÍFICO PARA O TUMOR, NO HOSPITAL

 / /

33 - PRINCIPAL RAZÃO PARA A NÃO REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO ANTINEOPLÁSICO NO HOSPITAL

- ☐ 1- Recusa do tratamento
☐ 2- Tratamento realizado fora
☐ 3- Doença avançada, falta de condições clínicas ou outras doenças associadas
☐ 4- Abandono do tratamento
☐ 5- Complicações de tratamento
☐ 6- Óbito
☐ 7- Outras razões
☐ 8- Não se aplica
☐ 9- Sem informação

34 - PRIMEIRO TRATAMENTO RECEBIDO NO HOSPITAL

- ☐ 1- Nenhum
☐ 2- Cirurgia
☐ 3- Radioterapia
☐ 4- Quimioterapia
☐ 5- Hormonioterapia
☐ 6- Transplante de medula óssea
☐ 7- Imunoterapia
☐ 8- Outras
☐ 9- Sem informação

35 - ESTADO DA DOENÇA AO FINAL DO PRIMEIRO TRATAMENTO NO HOSPITAL

- ☐ 1- Sem evidência da doença (remissão completa)
☐ 2- Remissão parcial
☐ 3- Doença estável
☐ 4- Doença em progressão
☐ 5- Suporte terapêutico oncológico
☐ 6- Óbito
☐ 8- Não se aplica
☐ 9- Sem informação

36 - DATA DO ÓBITO DO PACIENTE

 / /

37 - ÓBITO POR Câncer

- ☐ 1- Sim
☐ 2- Não
☐ 9- Ignorado

ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO PRIMEIRO TRATAMENTO

38 - CASO ANALÍTICO ☐ 1- Sim ☐ 2- Não39 - INDICAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE SEGUIMENTO ☐ 1- Sim ☐ 2- Não

ITEM DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRADOR

40 - CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRADOR

☐ ☐

ITENS OPCIONAIS

41 - ESTADO CONJUGAL ATUAL

- ☐ 1- Solteiro
☐ 2- Casado
☐ 3- Viúvo
☐ 4- Separado judicialmente
☐ 5- União consensual
☐ 9- Sem informação

42 - DATA DA TRIAGEM

 / /

43 - HISTÓRICO FAMILIAR DE Câncer

- ☐ 1- Sim
☐ 2- Não
☐ 9- Sem informação

44 - HISTÓRICO DE CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA

- ☐ 1- Nunca
☐ 2- Ex-consumidor
☐ 3- Sim
☐ 4- Não avaliado
☐ 8- Não se aplica
☐ 9- Sem informação

45 - HISTÓRICO DE CONSUMO DE TABACO

- ☐ 1- Nunca
☐ 2- Ex-consumidor
☐ 3- Sim
☐ 4- Não avaliado
☐ 8- Não se aplica
☐ 9- Sem informação

46 - ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO

- ☐ 1- SUS
☐ 2- Não SUS
☐ 3- Veio por conta própria
☐ 8- Não se aplica
☐ 9- Sem informação

47 - CLÍNICA DE ENTRADA DO PACIENTE NO HOSPITAL

☐ ☐

48 - EXAMES RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO DA TERAPÊUTICA DO TUMOR

- ☐ 1- Exame clínico e patologia clínica
☐ 2- Exames por imagem
☐ 3- Endoscopia e cirurgia exploradora
☐ 4- Anatomia patológica
☐ 5- Marcadores tumorais
☐ 8- Não se aplica
☐ 9- Sem informação

49 - LOCALIZAÇÃO PROVÁVEL DO TUMOR PRIMÁRIO

50 - LATERALIDADE DO TUMOR

- ☐ 1- Direita
☐ 2- Esquerda
☐ 3- Bilateral
☐ 8- Não se aplica
☐ 9- Sem informação

51 - OCORRÊNCIA DE MAIS DE UM TUMOR PRIMÁRIO

- ☐ 1- Não
☐ 2- Sim
☐ 3- Duvidoso

52 - CUSTEIO DO DIAGNÓSTICO DO TUMOR NO HOSPITAL

- ☐ 1- Público (SUS)
☐ 2- Plano de saúde
☐ 3- Particular
☐ 4- Outros
☐ 8- Não se aplica
☐ 9- Sem informação

53 - CUSTEIO DO TRATAMENTO DO TUMOR NO HOSPITAL

- ☐ 1- Público (SUS)
☐ 2- Plano de saúde
☐ 3- Particular
☐ 4- Outros
☐ 8- Não se aplica
☐ 9- Sem informação

54 - CAUSA BÁSICA DA MORTE DO PACIENTE

ANEXO C – PARECER DE CONSENTIMENTO DA PESQUISA – HSRC**DECLARAÇÃO**

Declaramos para os devidos fins que o projeto de pesquisa intitulado: **“Análise de sobrevida das mulheres com diagnóstico de câncer de mama matriculadas em um programa de reabilitação”** das mestrandas Núbia Namir Lara Lopes e Samantha Helena Moraes, sob a orientação da Profª. Drª. Maria Helena Costa Amorim e da Profª. Drª. Eliana Zandonade do Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo foi autorizado para ser desenvolvido nesta instituição, no período de Fevereiro 2016 a Abril 2016, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Vitória/ES, 03 de Novembro de 2015.

Weslene Vargas Moura
Diretora das Unidades Ambulatoriais – AFECC/HSRC

Av. Marechal Campos 1579, Santa Cecília, Vitória - ES
Cep.: 29043-260 • Tel.: 3334-8000



ANEXO D – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS EM SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Título do projeto: Análise de sobrevivência das mulheres com câncer de mama matriculadas em um programa de reabilitação.

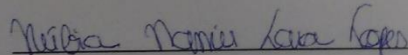
Pesquisadores: Núbia Namir Lara Lopes, Samantha Helena Moraes, Maria Helena Costa Amorim e Eliana Zandonade.

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Espírito Santo. Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva.

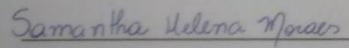
TERMO DE CONFIDENCIALIDADE E SIGILO

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a manter sigilo em relação às informações coletadas através de prontuários e Fichas de Registro do Tumor de pacientes portadores de câncer de mama que estão ou estiveram em acompanhamento clínico no Hospital Santa Rita de Cássia durante o período compreendido entre os anos de 2000 a 2010. Concorde, igualmente, que estas informações serão utilizadas para execução do presente projeto e seus desdobramentos de pesquisa. Tais dados somente poderão ser divulgados de forma anônima e serão armazenados por um período de cinco anos, sob a responsabilidade de Núbia Namir Lara Lopes e Samantha Helena Moraes. Após este período, os dados serão destruídos.

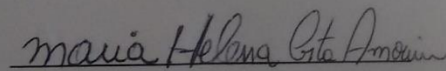
Vitória, 12 de novembro de 2015.



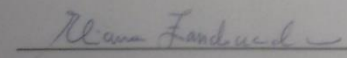
Núbia Namir Lara Lopes



Samantha Helena Moraes



Prof.ª Dr.ª. Maria Helena Costa Amorim



Prof.ª Dr.ª Eliana Zandonade